PSYCHISCHE UND NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN IN BEZIEHUNG ZUM JAHRESRHYTHMUS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von

Ulrike Werner

aus Bad Elster

Bonn 1976

PSYCHISCHE UND NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN IN BEZIEHUNG ZUM JAHRESRHYTHMUS

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von

Ulrike Werner

aus Bad Elster

Bonn 1976

Angefertigt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. E. Lungershausen
2. Gutachter: Prof. Dr. H. Quint

Tag der mündlichen Prüfung: 24.5.1976

Aus der Universitäts-Nervenklinik Bonn
Kommissarischer Direktor Prof. Dr. H. Penin

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Druck: R. J. Hundt · 5 Köln 41 · Zülpicher Str. 220 · ☎ (0221) 444152

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523712_0006

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	Einleitung	
	1. Arbeitsvoraussetzungen	8
	2 a) Diagnoseschema	8
	b) Auswahlkriterien	8
	2. statistische Rechenmethode	9
	3. Komputerprogramme	10
	4. Vorbedingungen für die graphische Darstellung der einzelnen Diagnosen	
II.	Vorgehen bei der Auswertung der einzelnen Diagnosen	
	1. Gesamtzahl der Patienten	11
	2. Verteilung auf das männliche und weibliche Geschlecht	
	3. Betroffene Altersgruppen	11
	4. Graphische Darstellung und Kurvenbeschreibung	11
	5. Aussage in Bezug auf einen Jahresrhythmus	11
III.	Hauptteil	
	Angeborene und früherworbene Schwachsinnszustände	12
	Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen	12
	Progressive Paralyse	13
	Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes	13
	Nicht sicher klassifizierbare Psychosen der Rückbildungsjahre	13
	Psychische Störungen bei Hirnprozessen des mittleren und höheren Lebensalters	15
	Chorea Huntington	17
	Psychische Störungen bei vorwiegend neurologischen Krankheitsbildern	17

Seite

III. Hauptteil

Psychische Störungen bei akuten Infektionen Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen, Endokrinophathien und Kachexien, sowie bei Infektionskrankheiten des Nervensystems und deren Folgezustände	18
Psychische Störungen durch Alkohol	19
Psychische Störungen durch Drogen und Medikamente	21
Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen	21
Epilepsien mit psychopathologischen Syndromen	23
Schizophrener Formenkreis	23
Manisch-depressiver Formenkreis	30
Psychopathische Persönlichkeiten	37
Abnorme Triebveranlagungen und neurotische sexuelle Perversionen	42
Abnorme Erlebnisreaktionen und Entwicklungen	42
Neurosen	47
Psychosomatische Störungen	49
Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, abnorme Erlebnisreaktionen, Verhaltensstörungen	49
Angeborene und früherworbene Hirn- und Rückenmarksveränderungen sowie Schädel- und Wirbelsäulenanomalien	50
Syphilitische Erkrankungen	51
Bakterielle Meningitiden und Meningitiden bei Nachbarschaftsprozessen sowie Folgezustände	51
Poliomyelitis	52
Zoster	52
Weitere infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems sowie Folgezustände	53

III. Hauptteil

	Seite
Enzephalitiden und Enzephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten und solche wahrscheinlich nicht infektiöser Herkunft	55
Neuritische und neuralgische Syndrome	55
Polyneuropathien	60
Funikuläre Spinalerkrankungen	62
Gefäßprozesse des Nervensystems	63
Raumfordernde Prozesse des Gehirns und seiner Hüllen	64
Raumfordernde Prozesse im Bereich des Spinalkanals	73
Vornehmlich extrapyramidale Erkrankungen	73
Systematische Degenerationen des Nervensystems und Myopathien	75
Periphere Lähmungssyndrome bei faßbaren Stoffwechselstörungen	77
Epilepsien	79
Gedeckte Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks sowie deren Folgezustände, Schädelfrakturen und Schädelprellungen	85
Offene Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks sowie deren Folgezustände	85
Nicht entzündliche Schädigungen und Geschwülste peripherer Nerven	87
Endokrine und vegetative Störungen	87
Periphere Durchblutungsstörungen	88
Kopfschmerzen	88
Vestibuläre Syndrome	89

Seite

III. Hauptteil

Anfallssyndrome außer Epilepsien 89

Akute und chronische toxische Schädigungen durch exogene Gifte 90

Lipoid-Speicherkrankheiten mit Beteiligung des Nervensystems und angeborene Entmarkungskrankheiten 90

IV. Fehlerquellen 91

V. Diskussion 92

VI. Zusammenfassung 97

VII. Literaturverzeichnis 98

VIII. Lebenslauf

I. Einleitung

Die Aufgabestellung dieser Arbeit ist, mittels statistischer Methoden festzustellen, wie psychische, psychisch-neurologische und rein neurologische Krankheiten im Jahresablauf verteilt sind. Sie bietet die Möglichkeit, auffällige Häufungen in bestimmten Jahresabschnitten herauszufinden oder aber zu zeigen, daß die untersuchte Krankheit keine jahresabhängige Rhythmik aufweist.

Dabei wird davon ausgegangen, daß, wenn es jahresabhängige Einflüsse gibt, die ein Krankheitsgeschehen beeinflussen können, sich dieser Einfluß auch statistisch niederschlagen muß, gleichgültig welcher Natur der Einfluß ist.

1. Arbeitsvoraussetzungen

a) Diagnoseschema

Als Grundlage für die Untersuchungen im einzelnen diente das Diagnoseschema der Universitäts-Nervenklinik Bonn. Es umfaßt insgesamt 48 verschiedene Diagnosen, die in drei Kategorien aufgeteilt sind:

1. Psychische Störungen bei anderen Grundkrankheiten (1-13)
2. Rein psychische Erkrankungen (14-18)
3. Rein neurologische Erkrankungen (21-47)

Wenn mehrere Diagnosen für einen Patienten in Betracht kamen, wurde die Hauptdiagnose in der Epikrisenkarte an 1. Stelle gesetzt, der dann die Nebendiagnosen - gestaffelt nach Bedeutung - folgten.

Für die Untersuchung wurde nur die Hauptdiagnose benutzt, wobei die spezielle Unterteilung innerhalb dieser Diagnose nicht berücksichtigt wurde.

b) Auswahlkriterien

Zunächst wurde jeder Erkrankungsfall einer bestimmten Erkrankung einzeln in den 365 Tagen eines jeden Jahres aufgezählt, später

allerdings auf die Zahl der Erkrankung in jedem der zwölf Monate beschränkt, weil sich herausstellte, daß die Genauigkeit der Aussage durch diese Zusammenfassung nicht beeinträchtigt wurde, sondern sich im Gegenteil übersichtlicher gestaltete.
Weiterhin wurde die Gesamtzahl der Patienten einer Diagnose in männliche und weibliche aufgeschlüsselt, um mögliche geschlechtsspezifische Komponenten abzugrenzen.
Schließlich wurde noch in Altersgruppen unterteilt und zwar jeweils in Abständen von zehn Jahren, um ein mögliches unterschiedliches Verhalten in den Lebensaltern herauszufinden, welches bei der Gesamtdarstellung überdeckt werden könnte.
Wie sich jedoch bei der Zusammenfassung aller Ergebnisse herausstellte, waren die Zahlen der Patienten vieler Krankheitsbilder so gering, daß eine derartig spezifizierte Aufteilung nicht sinnvoll erschien. In diesen Fällen wurde die Untersuchung enger gefaßt und lediglich die Unterteilung in männliches und weibliches Geschlecht beibehalten, ohne die Altersgruppierung zu berücksichtigen.

Der Zeitraum der Untersuchung erstreckt sich auf fünf Jahre, von 1968 - 1972.
Zur Beobachtung kamen insgesamt 7.514 stationäre Fälle. Die in der Ambulanz diagnostizierten und behandelten Fälle wie auch Begutachtungen blieben unberücksichtigt.

2. Statistische Rechenmethode

Für die statistische Auswertung gelten folgende Rechenmittel:

1. arithmetisches Mittel aus der Krankenzahl pro Monat aus fünf Jahren.

$$\bar{x} = \frac{x_1+x_2+x_3+x_4+x_5}{n}$$

$\bar{x}$ = arithmetisches Mittel
x_1 = Zahl der Patienten im Januar 1968
x_2 = Zahl der Patienten im Januar 1969 ... usw...
n = Anzahl der Jahre = 5

1a. arithmetisches Mittel aus allen Monaten in diesen fünf Jahren

$$\bar{\bar{x}} = \frac{M_1 + M_2 + M_3 \ldots\ldots + M_{12}}{68\text{-}72 + 68\text{-}72 + 68\text{-}72 \ldots\ldots + 68\text{-}72} \cdot \frac{}{n \cdot 12}$$

$\bar{\bar{x}}$ = arithmetisches Mittel

M_1 = Zahl der Patienten im Januar 1968-1972

M_2 = " " " " Februar " "

M_{12} = " " " " Dezember " "

2. Varianz: sie gibt die Streubreite um den errechneten Mittelwert an:

$$s^2 = \frac{(x_1-\bar{x})^2 + (x_2-\bar{x})^2 \quad (x_3-\bar{x})^2 + (x_4-\bar{x})^2 + (x_5-\bar{x})^2}{n - 1}$$

s^2 = Varianz

3. Vertrauensbereich: es ist der Bereich, in dem der Erwartungswerten mit 90% Wahrscheinlichkeit liegt.

$$Vb = \bar{x} \pm t_{0,1} \sqrt{\frac{s^2}{n}}$$

Vb = Vertrauensbereich

$t_{0;1}$ = Konstante zur Ermittlung der 90% Wahrscheinlichkeit
= 2.132

3. Computerprogramme

Zur Auszählung und Berechnung stand die Großrechenanlage der Universitätskliniken Bonn zur Verfügung. Insgesamt wurden drei Programme eingegeben.

1. Programm: a) Auszählung der Patienten einer Diagnose in den 365 Tagen der Jahre 1968, 69,...73
   b) Unterteilung in männlich und weiblich
   c) Unterteilung in acht Dekaden von 0 - 80

2. Programm: d) Zusammenfassung von a) in die zwölf Monate des Jahres unter Beibehaltung von b) und c)

3. Programm : Berechnung mit Hilfe der statistischen Formeln $\bar{x}$, s^2, Vb, mit den Programmpunkten d) und b) Bei den Diagnosenummern 14,15,16,17,27,31,32, 37 auch Programmpunkt c)

4. Vorbedingungen für die graphische Darstellung der einzelnen Diagnosen

Die Endergebnisse von Vb wurden, wenn die zweite Stelle hinter dem Komma fünf oder über fünf war, nach oben aufgerundet, wenn sie darunter lag, nach unten abgerundet.
Diagnosen, die eine Patientenzahl unter 100 aufwiesen, wurden nicht dargestellt. Lag sie über 100, wurde für jedes Geschlecht eine Kurve aufgezeichnet, in der alle Altersgruppen vertreten waren. Lag die Patientenzahl über 250, wurden auch die Altersgruppen, die am stärksten beteiligt waren, einzeln dargestellt.

II. Auswertung der einzelnen Diagnosen

Bei der Auswertung der einzelnen Diagnosen wurde folgendermaßen vorgegangen:

1. Angabe der Gesamtzahl an Patienten, die unter dieser Diagnose stationär aufgenommen wurden.
2. Angabe über die davon auf das weibliche und männliche Geschlecht entfallenden Patientenzahlen.
3. Angabe über das Alter, in dem die Patienten waren, als sie stationär aufgenommen wurden, unter Hervorhebung der Dekaden, in denen die meisten Patienten vertreten waren.
4. Beschreibung des Verteilungsmusters im Jahresablauf.
5. Aussage darüber, ob eine jahresabhängige Rhythmik anzunehmen ist oder nicht.

III. Hauptteil

Angeborene und früherworbene Entwicklungsstörungen und Schwachsinnszustände

A) Schwachsinn ohne nachweisbare Ursache
B) Früherworbener Schwachsinn infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen ohne neurologische Symptome
C) Früherworbener Schwachsinn mit neurologischen Symptomen
D) Kretinismus, Mongolismus und andere Chromosomopathien
E) Metabolisch-genetische Schwachsinnsformen
F) Partielle Leistungsdefekte (kongenitale Wortblindheit, Lese- und Schreibschwäche und Ähnliches)
G) Frühkindliche Hirnschäden mit neurose- und psychopathieähnlichen Folgezuständen (ohne Schwachsinn, meist auch ohne neurologische Ausfälle)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 57 Patienten zur stationären Aufnahme; davon 20 Frauen und 37 Männer.
Bei beiden Geschlechtern waren die 11-50 jährigen betroffen, wobei die Männer bevorzugt im 11.-30. Lebensjahr zur Aufnahme kamen.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt bei Männern einen gleichmäßigen Kurvenverlauf. Bei den Frauen tritt auffälligerweise im Monat Mai keine Erkrankung auf, das übrige Jahr zeigt eine gleichmäßige Verteilung.
Über eine jahresabhängige Rhythmik ist jedoch wegen der geringen Patientenzahlen keine Ausage zu machen.

Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen

(akute posttraumatische Psychosen und traumatische Folgezustände - traumatische Hirnleistungsschwäche, Wesensänderung und so weiter)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 28 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon drei weiblichen und 25 männlichen Geschlechtes waren.

Bei den Frauen waren die 31-40jährigen betroffen, bei den Männern die 11-80jährigen.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt einen Gipfel im Monat Juli. Eine Aussage zu den weiblichen Patienten erübrigt sich wegen der geringen Zahl.
Eine Aussage über eine jahresabhängige Rhythmik ist wegen des zu großen Vertrauensbereiches und der geringen Patientenzahlen nicht zu machen.

Progressive Paralyse

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 22 Patienten zur Aufnahme, wovon 10 weiblichen und 12 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren einzig die Altersgruppe 51-60 und 61-70 betroffen, wobei letztere deutlich überwog. Bei den Männern waren die Lebensalter von 21-70 betroffen, wobei der Erkrankungsgipfel bei den 41-50jährigen lag.
Wegen der geringen Zahlen an Patienten und der großen Vertrauensbereiche sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes

Keine Aufnahme im Beobachtungszeitraum.

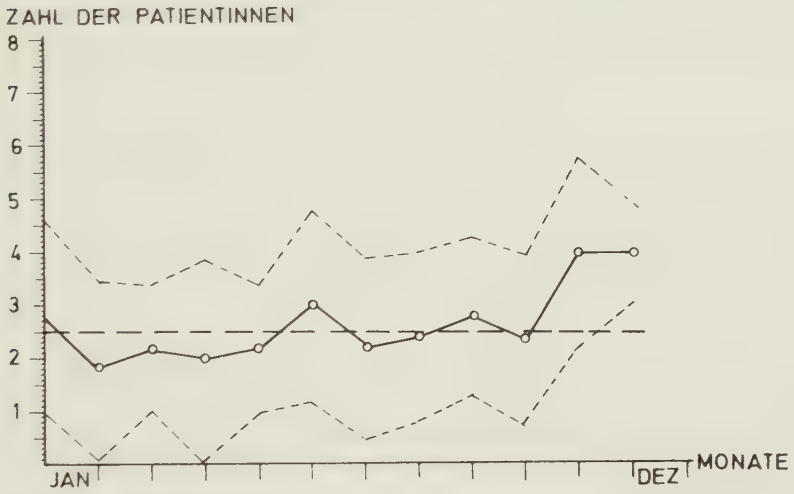
Nicht sicher klassifizierbare Psychosen der Rückbildungsjahre

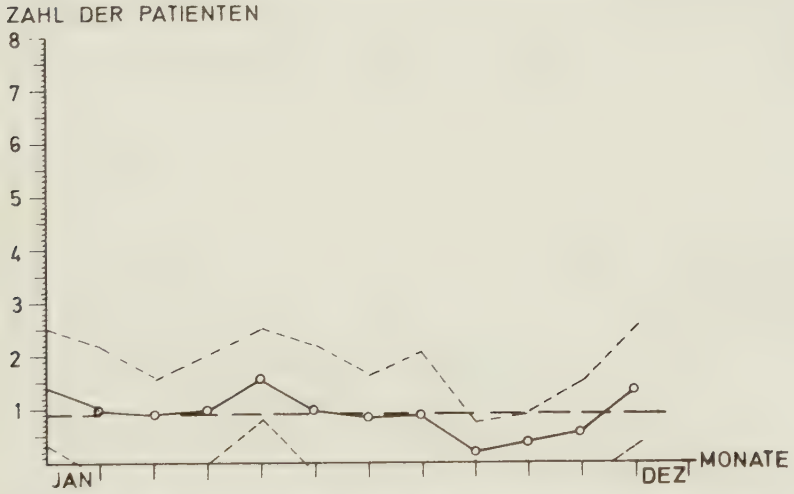
(im Klimakterium bzw. nach dem 50. Lebensjahr erstmals aufgetreten) und des Seniums

A) Depressive, depressiv-hypochondrische, paranoide, paranoid-halluzinatorische und halluzinatorische Psychosen der Involution (reine Rückbildungspsychosen insbesondere der Involutionsdepression und Involutionsparanoia mit und ohne organisches Kolorit, mit und ohne Hirnatrophie)

B) Psychoorganisch anmutende depressive und paranoide Psychosen im

Nicht sicher klassifizierbare Psychosen der Rückbildungsjahre (alle Altersgruppen)





o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Rückbildungsalter (außerdem unter Grundkrankheit, falls bekannt)

C) Syndrom des Dermatozoenwahns (außerdem unter Grundkrankheit, falls bekannt), circumskripte Hypochondrie und Ähnliche

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 204 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 149 weiblichen und 55 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren die 41-80jährigen betroffen, wobei die Altersgruppe der 61-70jährigen überwog. Bei den Männern waren die Altersgruppen von 41-80 ebenfalls betroffen, wobei die 51-60jährigen überwogen.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt für die weiblichen Patienten einen Erkrankungsgipfel gegen Ende des Jahres, wobei im Monat Dezember ein stationärer Aufenthalt mit 90% Wahrscheinlichkeit über dem Fünfjahresmittel liegt. Für die männlichen Patienten ist die Verteilung eher entgegengesetzt, ein Erkrankungsminimum ist im Monat September zu verzeichnen, das wiederum mit 90% Wahrscheinlichkeit unter dem Fünfjahresmittel liegt.

Eine jahresabhängige Rhythmik läßt sich hier vermuten.

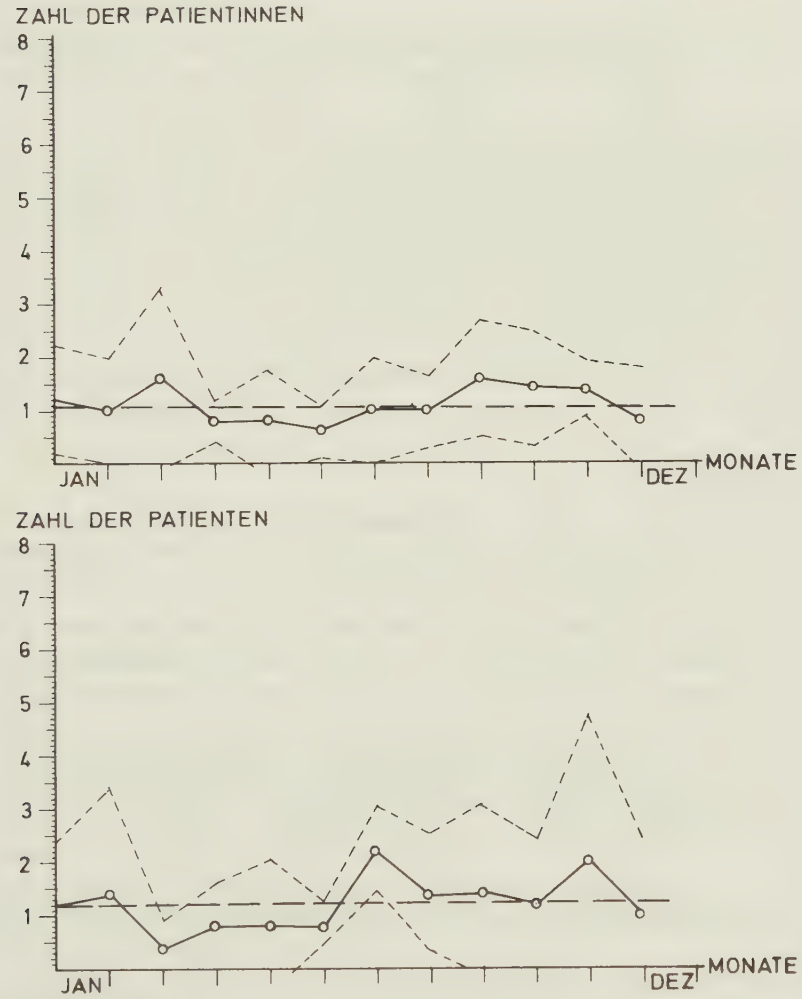
Psychische Sötrungen bei Hirnprozessen des mittleren und höheren Lebensalters

A) Bei Hirnarteriosklerose und anderen Gefäßprozessen
   I Psychoorganische Syndrome. Wesensänderung und Demenz, Verwirrtheit, delirante Bilder und Ähnliches
   II Paranoid-halluzinatorische und andere psychotische Syndrome, isolierte Halluzinose

B) Bei charakterisierbaren diffusen (senile Demenz, M. Alzheimer) und systematisierten (M. Pick und anderen) Hirnatrophien

C) Bei nicht charakterisierbaren Hirnatrophien. Vorzeitige Versagenszustände, Syndrome vorzeitiger Erschöpfung(auch bei Oligophrenen)

Psychische Störungen bei Hirnprozessen des mittleren und höheren Lebensalters (alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - = VERTRAUENSBEREICH

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 136 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 63 weiblichen und 73 männlichen Geschlechtes waren.
Bei Männern und Frauen waren die 31-80jährigen betroffen, wobei in der Altersgruppe der 51-60jährigen beider Geschlechter ein Erkrankungsgipfel festzustellen ist.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres ergab für die Frauen ein Erkrankungsminimum in den Monaten April und Juni. Für die Männer deutet sich - bezogen auf das Fünfjahresmittel - in der ersten Jahreshälfte eine geringere Erkrankungswahrscheinlichkeit an als in der zweiten.

Eine Aussage über eine jahresabhängige Rhythmik läßt sich hier wegen großer Vertrauensbereiche nicht machen.

Chorea Huntington

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 18 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 14 weiblichen und 4 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren die 21-70jährigen betroffen, wobei der Erkrankungsgipfel bei den 41-50jährigen lag. Bei den Männern waren die Altersgruppen zwischen 21-30/ 41-50 und 61-70 betroffen.

Wegen der geringen Zahlen an Patienten und der großen Vertrauensbereiche sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Psychische Störungen bei vorwiegend neurologischen Krankheitsbildern

A) Psychoorganische Störungen bei Encephalomyelitis disseminata
B) Bei Polyneuropathie (außer toxische Polyneuropathie) und funikulärer Spinalerkrankung
C) Bei raumfordernden Prozessen, einschließlich operierte und bestrahlte Fälle

D) Bei extrapyramidalen Erkrankungen, einschließlich operierte Fälle
E) Bei Systemdegenerationen
F) Bei Speicherkrankheiten und angeborenen Entmarkungskrankheiten
G) Bei sonstigen neurologischen Erkrankungen

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 18 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 4 weiblichen und 14 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Lebensalter von 41-70. Bei den Männern waren die 31-70jährigen betroffen, wobei der Erkrankungsgipfel bei den 41-50jährigen lag.

Wegen der geringen Zahlen an Patienten und der großen Vertrauensbereiche sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Psychische Störungen bei akuten Infektionen, Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen, Endokrinopathien und Kachexien (symptomatische Psychosen in einer solchen), sowie bei Infektionskrankheiten des Nervensystems und deren Folgezuständen

A) Bei Infektionskrankheiten (einschließlich Chorea minor) und anderen fieberhaften Erkrankungen
B) Erkrankungen innerer Organe, Allgemein- und Stoffwechselerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Urämie und Eklampsie, Erkrankungen des Blut-Lymphsystems, Karzinose, Pellagra und Avitaminosen, Hungerdystrophie)
C) Bei definierten Störungen der inneren Sekretion, Basedow, Myxödem, Tetanie und andere Endokrinopathien (Cushing-Syndrom, Diabetes, M. Addison)
D) Symptomatische Psychosen in der Gravidität, im Wochenbett und während der Laktation

E) Postoperative Psychosen (außer nach Hirnoperationen)
F) Psychoorganische Störungen bei Infektionskrankheiten des Nervensystems und ihren Folgezuständen (inklusive vermutlich virusbedingter, atypischer und granulomatöser Encephalitis)
G) Psychoorganische Syndrome unklarer Ätiologie (ohne Hirnatrophie)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 26 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 16 weiblichen und 10 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren die 1-70jährigen betroffen, wobei die 21-30jährigen am meisten erkrankten; bei den Männern waren die 21-70jährigen vertreten, wobei der Erkrankungsgipfel bei den 21-50jährigen lag.

Wegen der geringen Zahl an Patienten und der großen Vertrauensbereiche sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

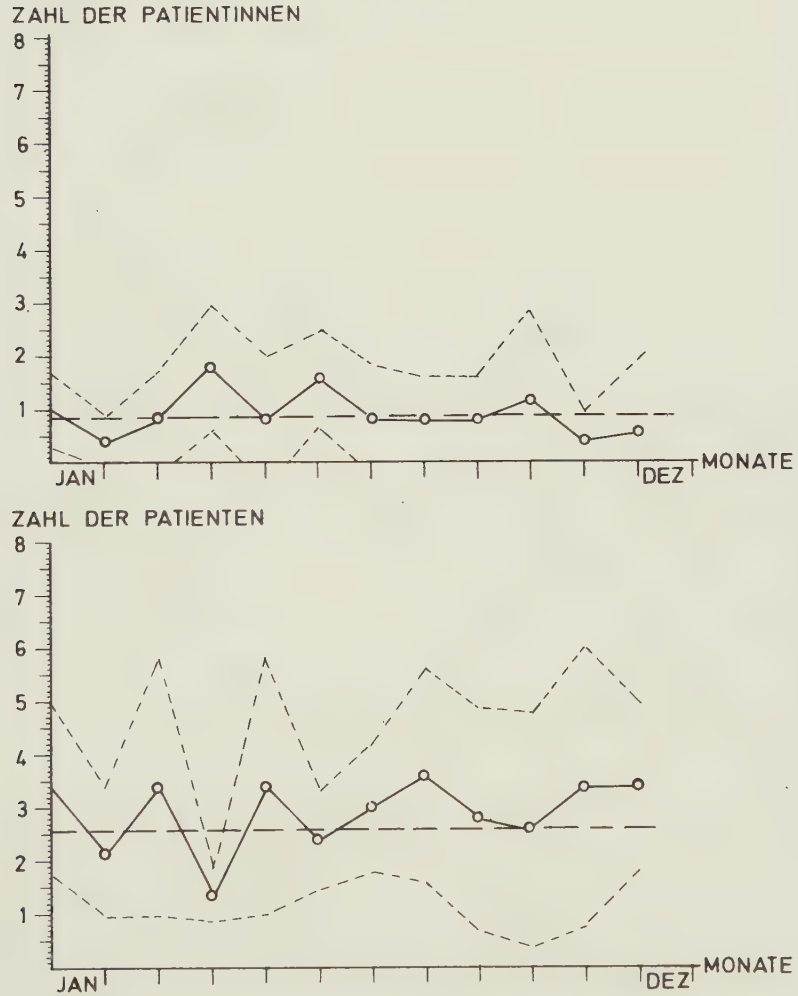
Psychische Störungen durch Alkohol

A) Rauschzustände... einfacher, komplizierter, pathologischer Rausch
B) Chronischer Alkoholabusus, Trunksucht und chronischer Alkoholismus
C) Delirium tremens
D) Andere Alkoholpsychosen... Halluzinose, Eifersuchtswahn, Korsakow'sche Psychose (Wernicke-Encephalopathie)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 226 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 56 weiblichen und 170 männlichen Geschlechts waren. Männer und Frauen erkrankten im Alter von 11-80, wobei der Erkrankungsgipfel für beide Geschlechter um das 31.-50. Lebensjahr lag.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt für die Frauen eine geringere Erkrankungswahrscheinlichkeit in den Monaten November bis Februar. Für die Männer deutet sich eine Zu-

Psychische Störungen durch Alkohol

(alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

nahme in der zweiten Jahreshälfte an.
Eine Aussage über eine jahresabhängige Rhythmik ist jedoch wegen zu großer Vertrauensbereiche nicht möglich.

Psychische Störungen durch Drogen und Medikamente

A) Flüchtige Störungen bei Medikamentenüberdosierung
B) Chronischer Medikamentenmißbrauch (einschließlich der damit verbundenen körperlichen Intoxikationszeichen)
C) Einfache und polyvalente Sucht und ihre Folgeerscheinungen
D) Arzneimittelpsychosen (Delir, Halluzionose, einschließlich cerebrale Arzneimittelallergosen und Jarisch-Herxheimer Reaktion
E) Gebrauch und Mißbrauch von Phantastika

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 225 Patienten zur stationären Aufnahme, wobei die Zahl der Männer mit 124 etwas höher lag als die der Frauen mit 101.
Bei Männern und Frauen waren die 11-70jährigen betroffen, wobei der Erkrankungsgipfel bei den Frauen um das 41.-50., bei den Männern um das 21.-30. Lebensjahr lag.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres deutet für Männer und Frauen eine höhere Erkrankungsrate in der zweiten Jahreshälfte an.
Eine Aussage über eine jahresabhängige Rhythmik ist wegen zu großer Vertrauensbereiche jedoch nicht möglich.

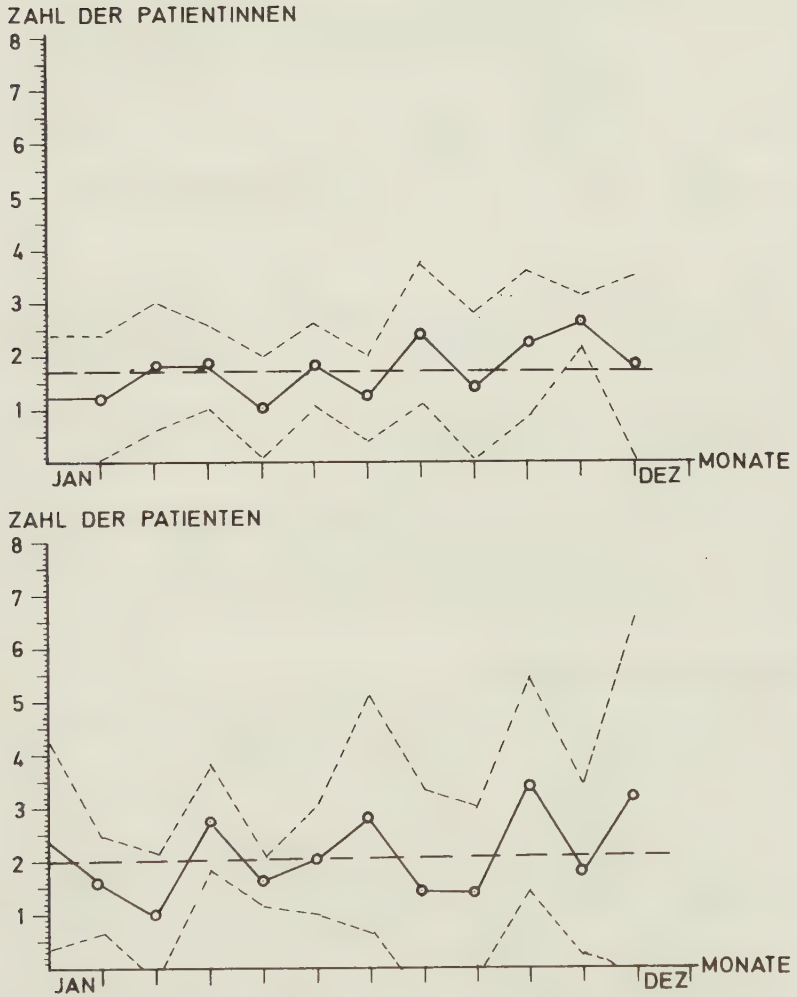
Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen

akute Psychosen und Folgezustände (Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Thallium, Kohlenoxyd und andere)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 6 Patienten zur stationären Aufnahme, davon 4 männliche und 2 weibliche Patienten. Die männlichen Patienten erkrankten zwischen dem 11.-40. Lebensjahr, die Frauen zwischen dem 41.-60. Lebensjahr.

Wegen der geringen Zahl an Patienten sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Psychische Störungen durch Drogen und Medikamente
(alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Epilepsien mit psychopathologischen Syndromen

A) Dämmerzustände, Psychosen
   I Sog. geordnete (ohne deutliche Bewußtseinstrübung)
   II Schizophrenieähnliche (paranoide, paranoid-halluzinatorische Katatonie)
   III Psychoorganisch aussehende mit Bewußtseinstrübung delirante, verwirrte, benommene Bilder
B) Episodische Verstimmungen (auch depressive Syndrome)
C) Wesensänderung
D) Demenz

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 21 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 8 weiblichen und 13 männlichen Geschlechtes waren.
Männer und Frauen erkrankten von 11-60 Jahren, wobei die männlichen Patienten einen deutlichen Erkrankungsgipfel im Alter von 21-50 Jahren zeigten.

Wegen der geringen Zahl an Patienten und des großen Vertrauensbereiches sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Schizophrener Formenkreis

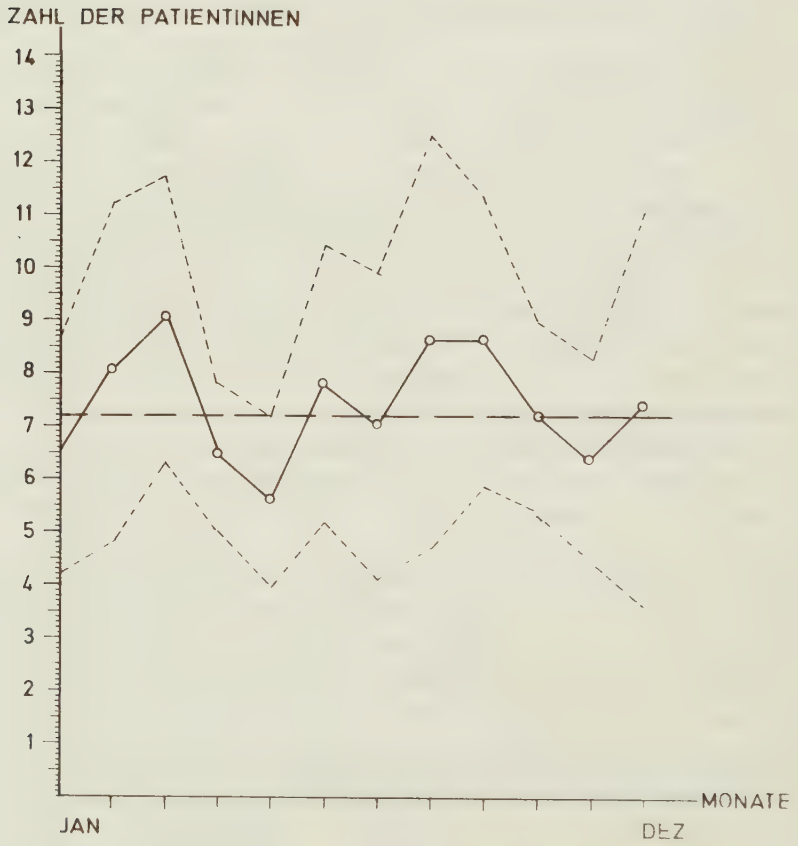
A) Hebephrene, katatone, paranoide Formen (incl. Paraphrene)
B) Einfache Schizophrenie (Dementia simplex)
C) Paranoide, halluzinatorische und katatone Schübe (bzw. Episoden) im Involutionsalter und Senium
D) Endogene Randpsychosen vom überwiegend schizophrenen Typ
E) Coenästhetische Formen einschließlich unklarer coenästhetischer Syndrome mit Verdacht auf Schizophrenie
F) Verdacht auf Schizophrenie
G) Schizophrener Defekt
   I Typisch schizophrene Defektsyndrome
   II Uncharakteristische, doch anamnestisch in ihrer schizophrenen Herkunft gesicherte Residualsyndrome ("Reiner Defekt", "Potentialverlust")

H) Verdacht auf Defektzustand schizophrener Genese
I) Schizophrene Psychosen in der Gravidität, im Wochenbett und während der Laktation
K) "Tonusverlust auf freier Strecke" und ähnliche

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 857 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon etwa gleichviel Männer (425) und Frauen waren(432).
Bei Männern und Frauen waren die Altersstufen 11-70 betroffen, wobei Männer eine deutliche Bevorzugung der Lebensjahre 21-40 zeigten, während sich für die Frauen die Erkrankungshäufigkeit noch um zehn Jahre verlängerte, also vom 21.-50. Lebensjahr reichte.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt in der Sammelkurve von allen Frauen ein Erkrankungsminimum in den Monaten April/Mai. Hier ist das Minimum durch die Patientinnen der Altersgruppe 21-30 hervorgerufen, während die Altersgruppe 31-40 gerade dort hohe Zahlen aufweist und dafür in den Monaten August bis Januar niedriger liegt. Die Kurven dieser beiden Altersgruppen verlaufen also gegensinnig. Die Verteilung bei den Altersgruppen 11-20 und 41-50 sind uncharakteristisch.
Auf der Sammelkurve von allen Männern ist eine Zunahme der Erkrankungen bis zur Jahresmitte und von da ab ein unregelmäßiger Abfall zu erkennen. In der Kurve der Altersgruppe 21-30, in der die Hälfte aller am schizophrenen Formenkreis Erkrankten vertreten sind, läßt sich eine signifikante Zunahme in den Monaten April bis Juni feststellen und eine weniger deutliche Abnahme - gegenüber dem Fünfjahresmittel - in den Monaten Juli bis September. Die Kurven der Altersgruppen 11-20;31-40; und 41-50 sind wenig charakteristisch.

Eine jahresabhängige Rhythmik läßt sich für die männlichen Patienten mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen, da die Vertrauensbereiche - speziell für die Altersgruppe 21-30 - eng genug liegen.
Bei den weiblichen Patienten ist eine Rhythmik nur zu vermuten, wobei auch noch altersspezifische Komponenten berücksichtigt werden müssen.

Schizophrener Formenkreis (weiblich - alle Altersgruppen)

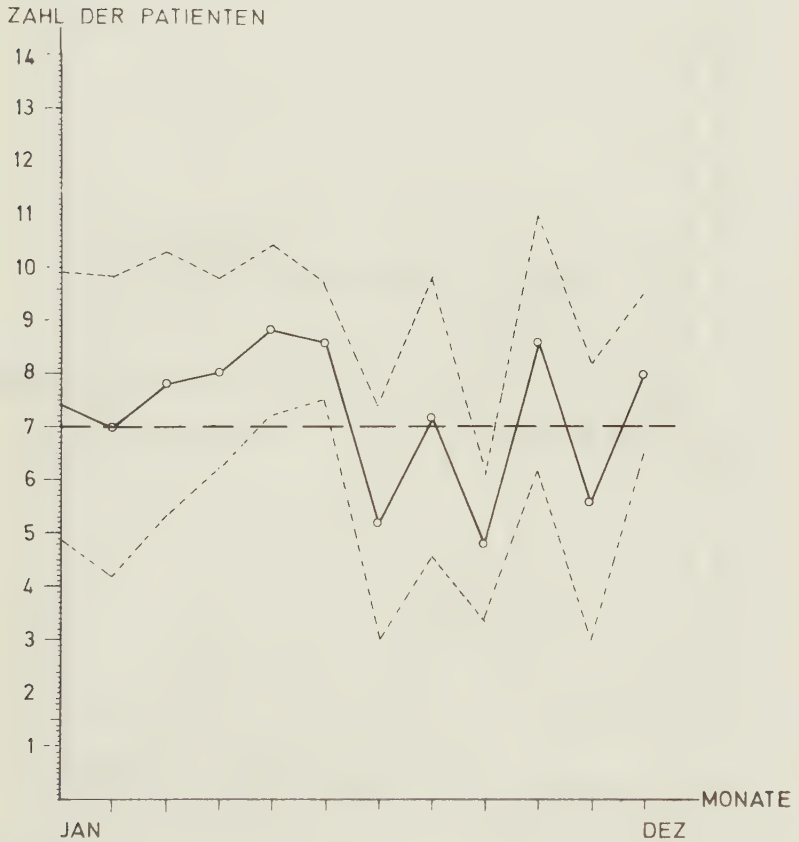


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

— — — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Schizophrener Formenkreis (männlich - alle Altersgruppen)

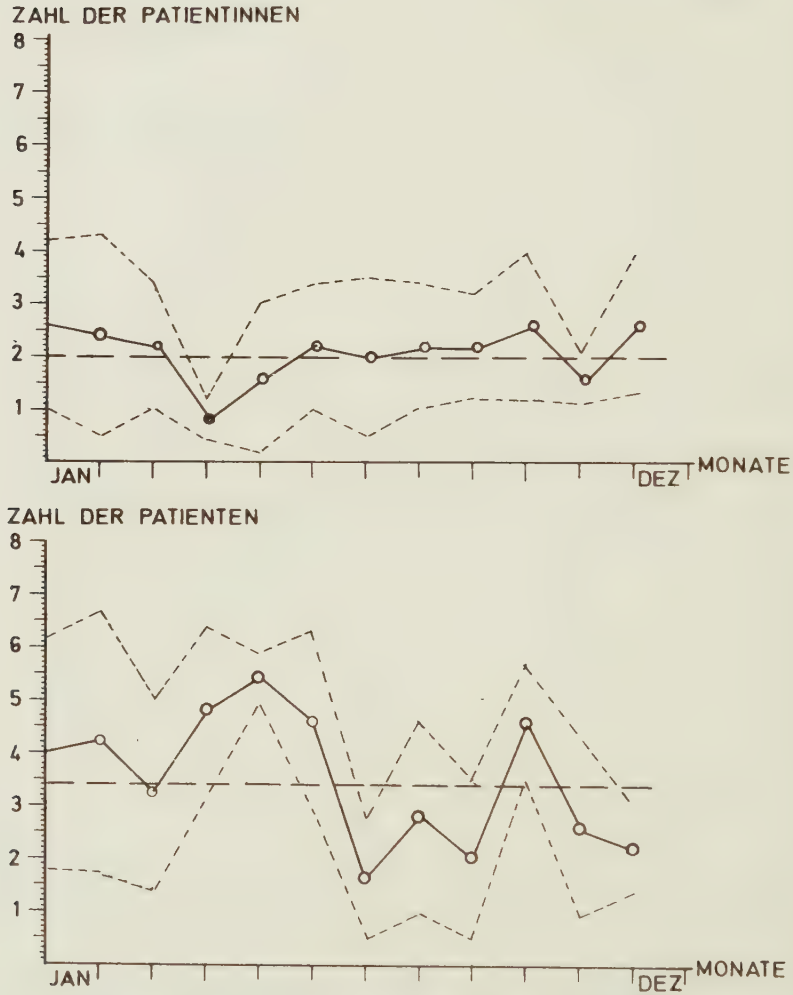


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

— — — = FÜNFJAHRESMITTEL

⋯⋯ = VERTRAUENSBEREICH

Schizophrener Formenkreis (Altersgruppe 21-30)

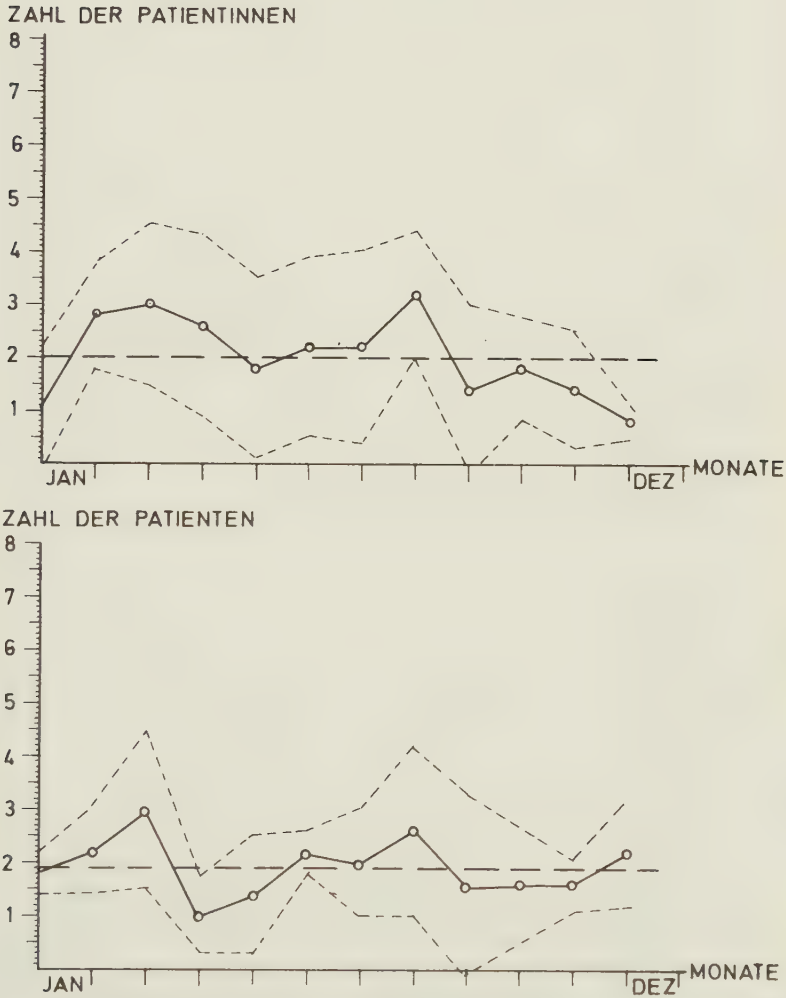


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

------ = VERTRAUENSBEREICH

Schizophrener Formenkreis (Altersgruppe 31-40)

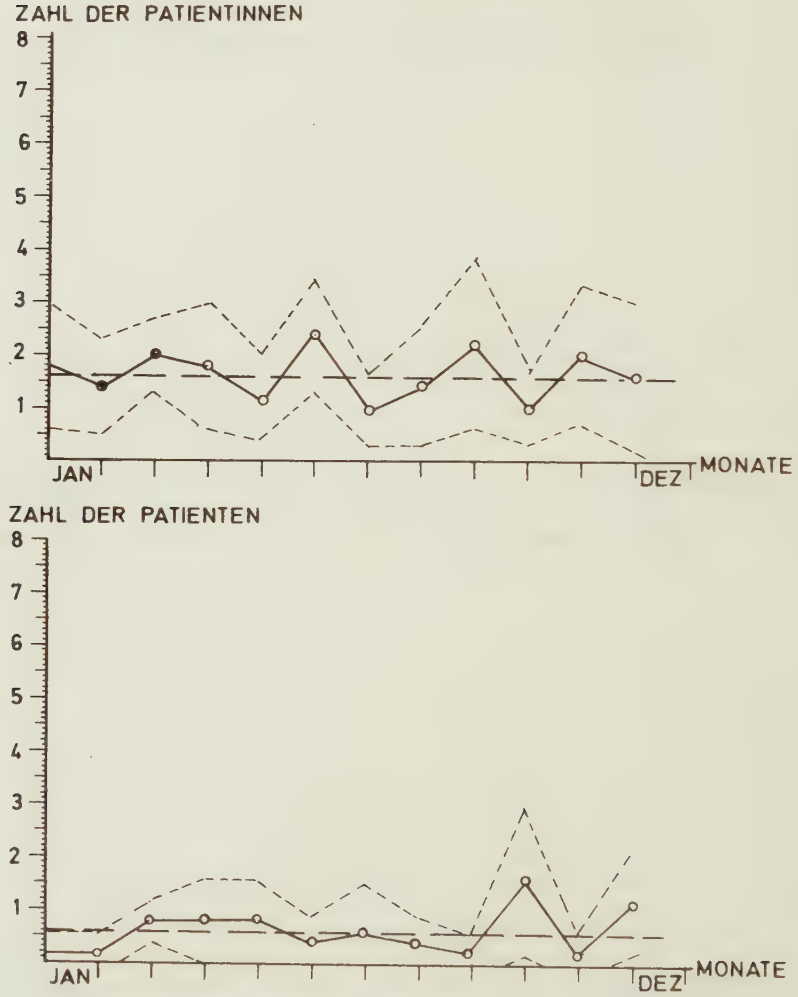


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Schizophrener Formenkreis (Altersgruppe 41-50)



o—o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

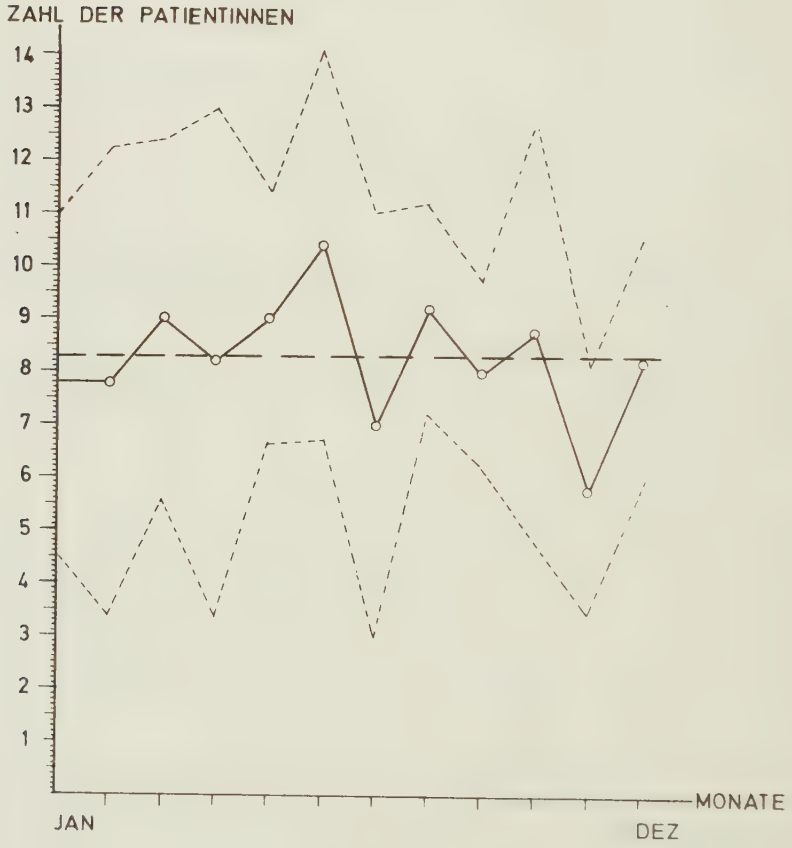
------ = VERTRAUENSBEREICH

Manisch-depressiver Formenkreis (Zyklothymie) und Dysthymien monopolar und bipolar

A) Depressive Phasen
   I Depressive Phasen mit wahnhaften Ängsten
   II Vorwiegend vitale und larvierte Depressionen
B) Depressive Phasen im Involutionsalter und Senium
C) Psychoreaktiv ausgelöste depressive Phasen
D) Manische Phasen
E) Endogene Randpsychosen von überwiegend zyklothymen Typ
F) Residualsyndrome im Rahmen der Zyklothymie, auch pharmacogen
G) Dysthymien... endoreaktive und ähnliche
H) Manisch-depressive Psychosen in der Gravidität, im Wochenbett und während der Laktation

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 722 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 496 weiblichen und 226 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Männern waren die Altersgruppen 11-80 betroffen wobei der Erkrankungsgipfel bei den 51-60jährigen lag. Bei den Frauen waren die 21-80jährigen betroffen wobei der Erkrankungsgipfel bei den 41-50jährigen lag.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres deutet in der Sammelkurve von allen Frauen einen Erkrankungsgipfel in den Monaten Mai/Juni an, während im November die geringste Patientenzahl zu erwarten ist. Dieses Verhalten spiegelt sich auch in den Kurven der einzelnen Altersgruppen 31-40;41-50;51-60 und 61-70 wieder, wo um die Mitte des Jahres die Patientenzahl höher ist als im übrigen Jahr, und ebenfalls im November die geringste Anzahl von Patienten zu verzeichnen ist.
Die Sammelkurve der männlichen Patienten läßt einen Erkrankungsgipfel im Oktober erkennen. Die übrigen Monate des Jahres zeigen eine gleichmäßige Verteilung. Die Bevorzugung des Monats Oktober wird auch von den Kurven der Altersgruppen 31-40;41-50; und 51-60 bestätigt, während die übrige Verteilung je nach Altersgruppe wechselt.
Eine Aussage über eine jahresabhängige Rhythmik ist für die weiblichen Patienten wegen sehr großer Vertrauensbereiche jedoch letztlich nicht zu machen, für die männlichen Patienten ist die Beto-

Manisch - depressiver Formenkreis
(weiblich - alle Altersgruppen)



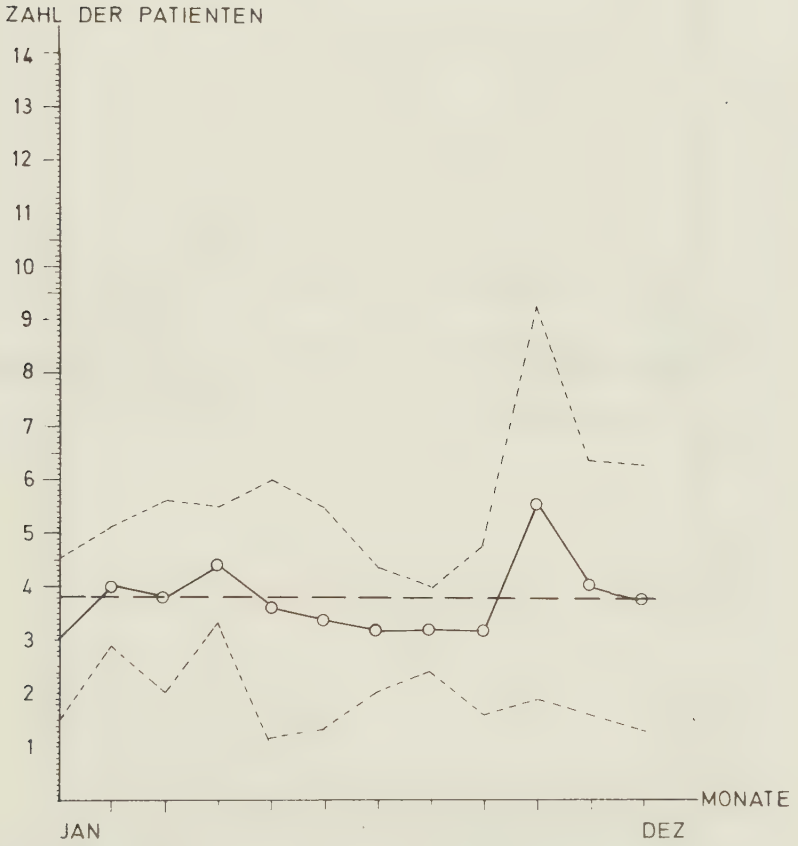
o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

— — — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Manisch - depressiver Formenkreis

(männlich - alle Altersgruppen)

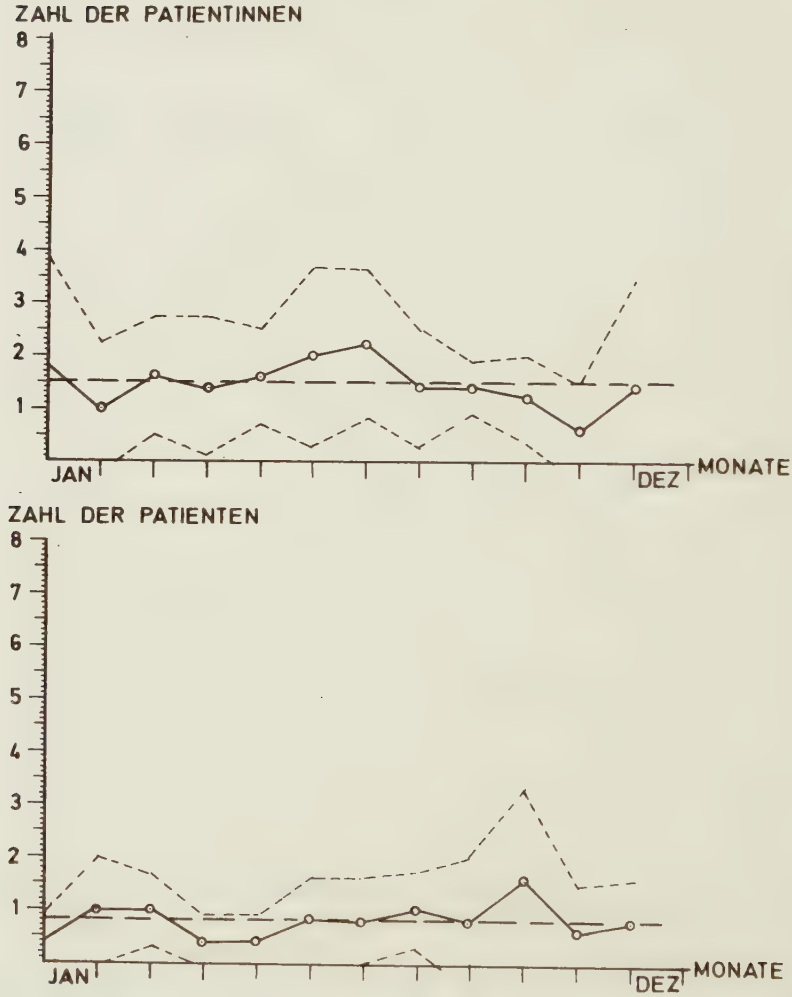


○——○ = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

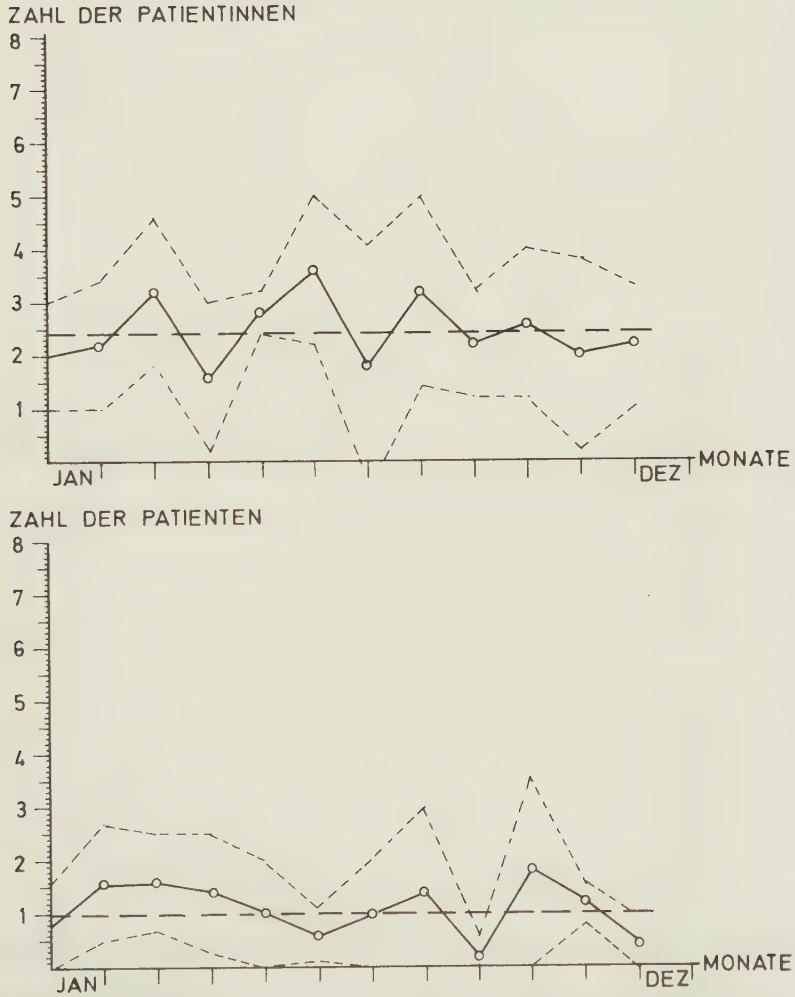
— — — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Manisch - depressiver Formenkreis (Altersgruppe 31-40)



Manisch - depressiver Formenkreis (Altersgruppe 41-50)

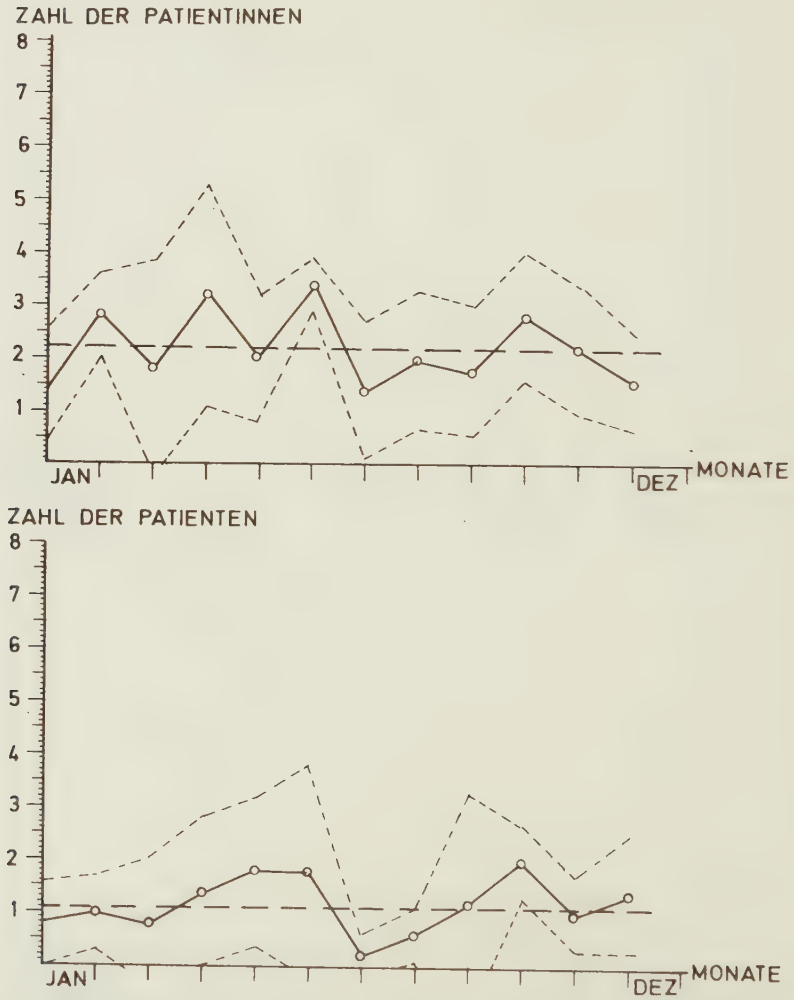


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

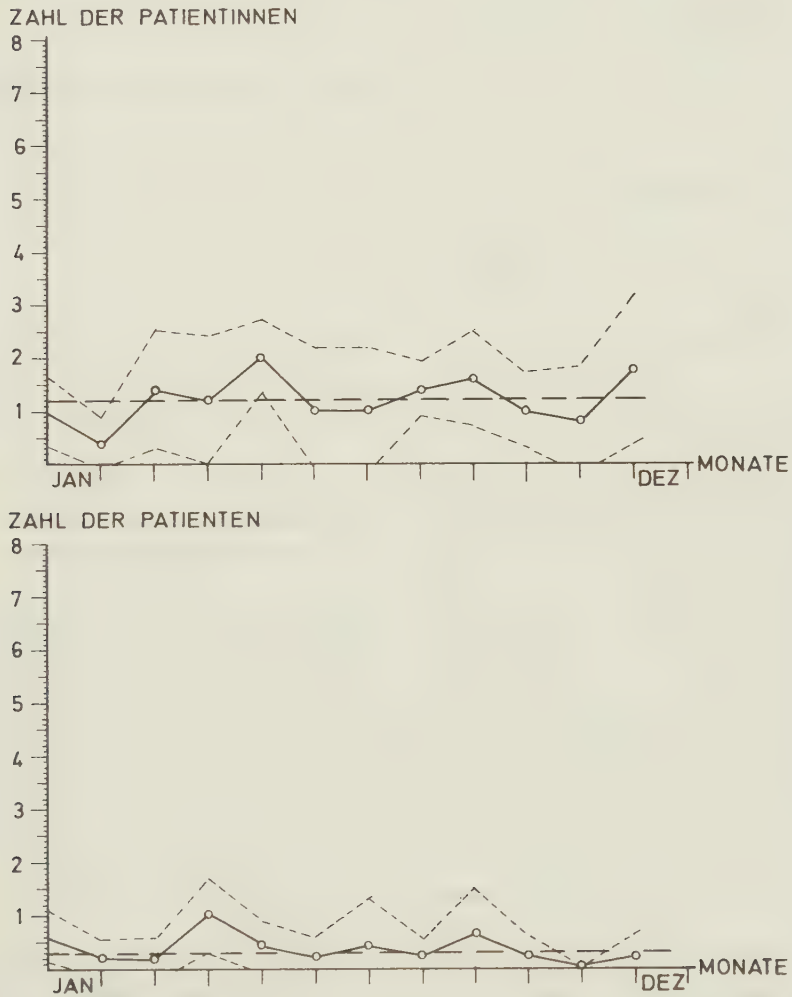
— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Manisch - depressiver Formenkreis (Altersgruppe 51-60)



Manisch - depressiver Formenkreis (Altersgruppe 61-70)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

nung der zweiten Jahreshälfte eher als wahrscheinlich anzunehmen.

Psychopathische Persönlichkeiten

A) Asthenische und hypochondrische

B) Selbstunsichere und sensitive

C) Anankastische und phobische Syndrome, chronische Zwangskrankheit

D) Hysterische und Geltungssüchtige

E) Stimmungslabile inklusive "Poriomanie" und "Dipsomanie" bei Verstimmbaren

F) Sonstige Psychopathien

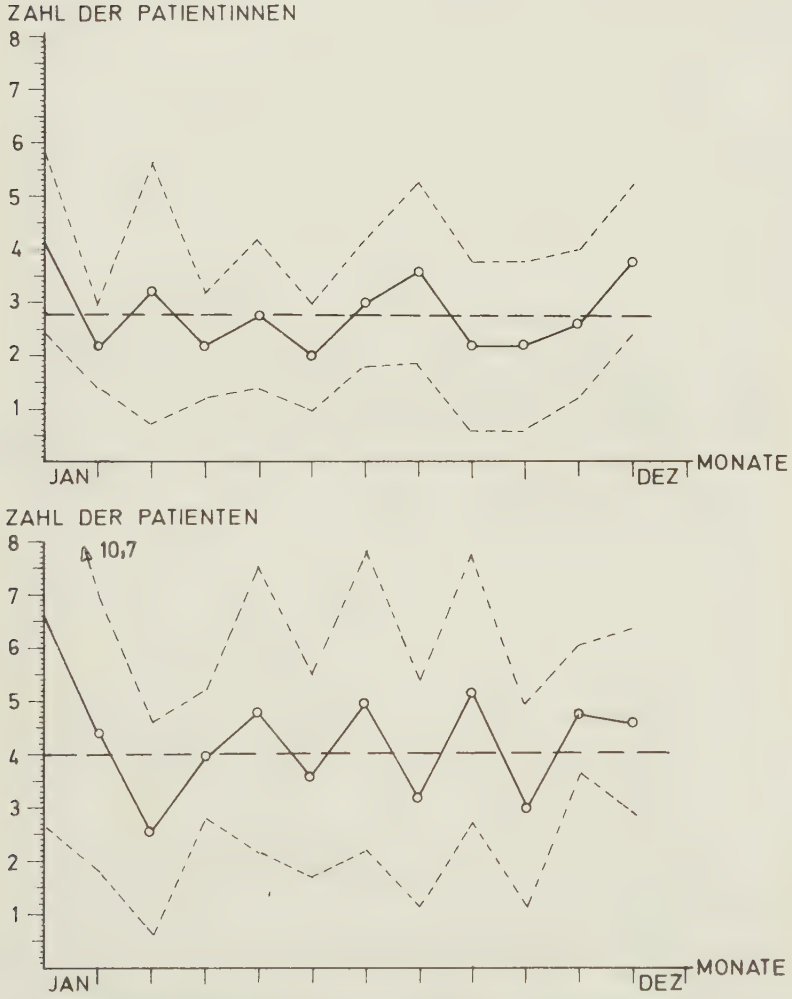
G) Schizoide Persönlichkeit

H) Depressive

I) Antisoziale

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 418 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 169 weiblichen und 249 männlichen Geschlechtes waren.
Bei Männern und Frauen waren die 11-70jährigen betroffen, die weiblichen Patienten zeigten einen Erkrankungsgipfel im Alter von 21-40 Jahren, die männlichen Patienten im Alter von 21-30 Jahren.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres ergab einen uncharakteristischen Kurvenverlauf in der Kurve,die alle Patientinnen zusammenfaßt, während sich in der Kurve der 31-40 jährigen ein Erkrankungsminimum im September und in der Altersgruppe 41-50 gerade dort ein Maximum befindet.Bei den männlichen Patienten war die Sammelkurve ebenfalls uncharakteristisch, die Kurven der Altersgruppen 21-30;31-40 und 41-50 ließen jedoch eine höhere Patientenzahl in den Sommermonaten erkennen, während im Frühjahr und Herbst ein Minimum angedeutet ist. Da diese Phasen in den drei aufgezeichneten Altersgruppen gegeneinander verschoben sind, kommt dieses in der Sammelkurve nicht zum Ausdruck.
Es läßt sich für die männlichen Patienten eine Jahresrhythmik vermuten, die im Frühjahr und Herbst einen Tiefpunkt gegenüber den übrigen Monaten des Jahres zeigt, für die weiblichen Patienten ist eine Rhythmik kaum zu erkennen.

Psychopathische Persönlichkeiten (alle Altersgruppen)

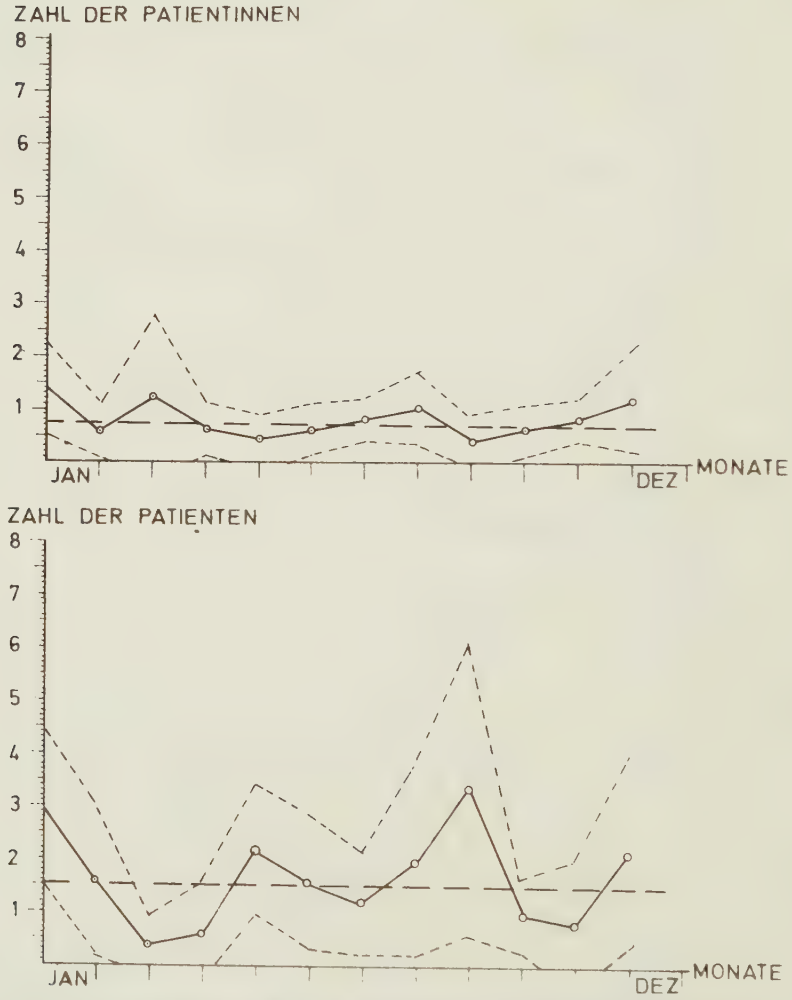


⟶⟵ = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - = VERTRAUENSBEREICH

Psychopathische Persönlichkeiten (Altersgruppe 21-30)

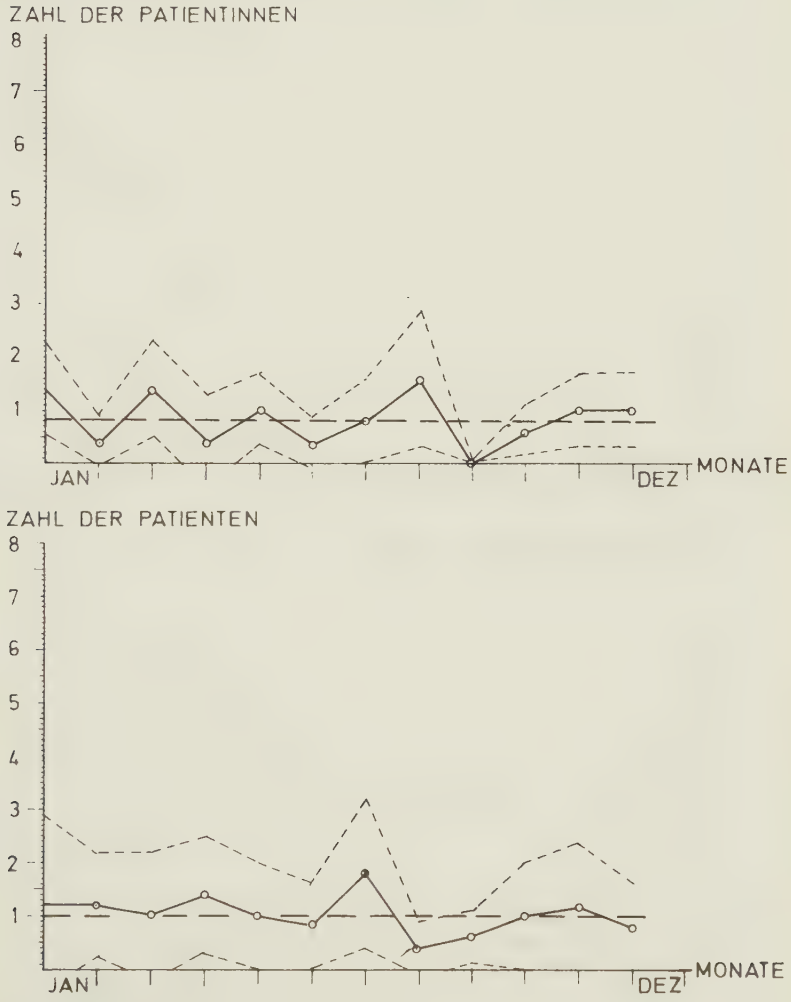


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

= VERTRAUENSBEREICH

Psychopathische Persönlichkeiten (Altersgruppe 31-40)

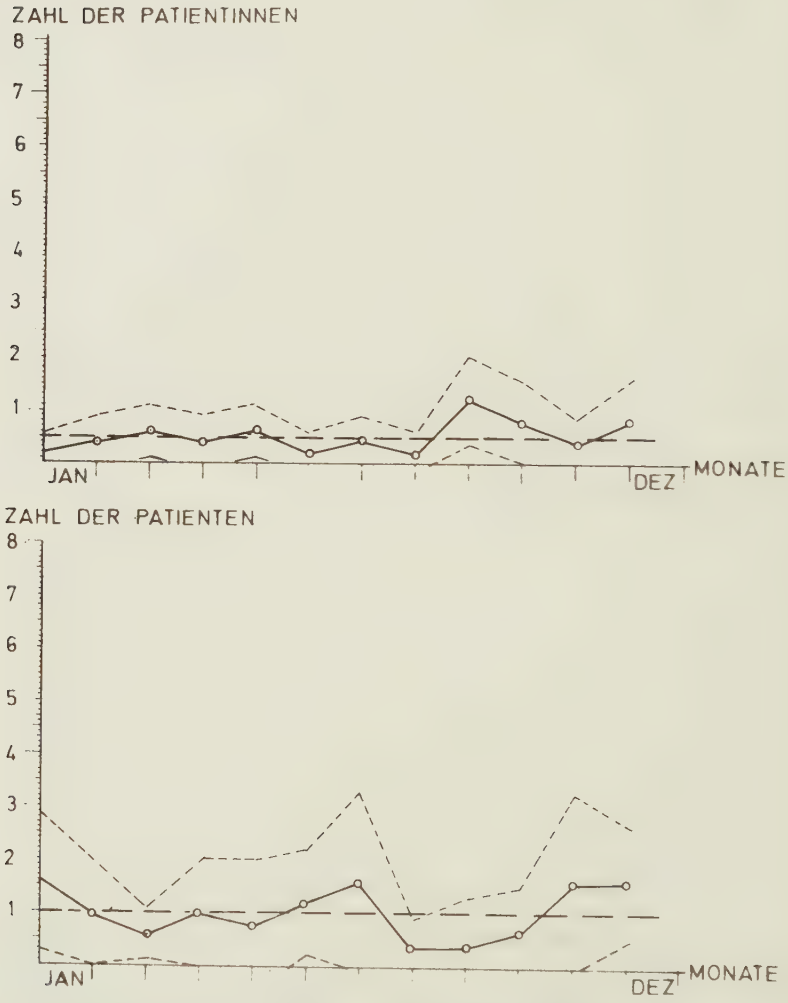


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

. . = VERTRAUENSBEREICH

Psychopathische Persönlichkeiten (Altersgruppe 41-50)



Abnorme Triebveranlagungen und neurotische sexuelle Perversionen

A) Homosexualität
B) Fetischismus
C) Pädophilie
D) Transvestismus
E) Exhibitionismus
F) Sadismus/Masochismus
G) Sodomie
H) Andere sexuelle Verhaltensabweichungen
I) Nicht näher bezeichnete sexuelle Verhaltensabweichungen

Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich über zwei Jahre, da diese Diagnose erst 1970 in den Katalog aufgenommen wurde.

In diesen beiden Jahren kamen insgesamt 11 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon vier weiblichen und sieben männlichen Geschlechtes waren.
Eine Aussage erübrigt sich wegen zu geringer Zahlen.

Abnorme Erlebnisreaktionen und Entwicklungen

A) I Depressive Reaktion
   II Reaktive Depression
   III Erlebnisreaktive depressive Entwicklung (Annihilierung, KZ-Syndrom, langdauernde Haft)
B) Schreck-, Angst- und Wutreaktionen mit/ohne psychogene Körperstörungen
C) Zweckreaktionen
   I Psychogene Körperstörungen.. Sinnesstörungen (Blindheit, Taubheit, Anästhesie, Analgesie), motorische Störungen (Lähmungen, Mutismus, Gangstörungen, Tremor, Anfälle Ohnmachten, Schrei-, Wälzkrämpfe, Arc de cercle), vegetative Störungen (Erbrechen, Singultus, Ruminieren) Psychische Störungen.. Ausnahme- und Dämmerzustände, Stupor, Amnesie, demonstrativer Selbstmordversuch (oberflächliche Hautverletzungen und Schnittwunden), Pseudodemenz (Ganser Syndrom), Puerilismen

II Haftreaktionen
"Zuchthausknall", Selbstbeschädigung (Verschlucken von Fremdkörpern), akute Angstsyndrome, depressive Reaktionen, paranoide Reaktionen (Verfolgungswahn, Begnadigungswahn)

III Unfallreaktionen
Schreckreaktionen, Fixierung von Unfallfolgen (Aggravation, Simulation, Begehrungstendenzen), hypochondrische Reaktionen, paranoid-querulatorische Entwicklung und Rentenkampf)

D) Paranoide Reaktionen und Entwicklungen

I Paranoide Angstreaktionen (aus Panikstimmung)

II Primitve Beziehungsreaktion (aus Panikstimmung)
- auch Affektverbrechen - bei Schwachsinnigen, in sprachfremder Umgebung)

III Paranoide Persönlichkeitsentwicklung bei Schwerhörigkeit, Blindheit

IV Sensitive Beziehungsreaktionen und Persönlichkeitsentwicklung (nach Masturbation, wahnhafte Liebesbeziehung, Eifersuchtsreaktionen, sensitiver Beziehungswahn)

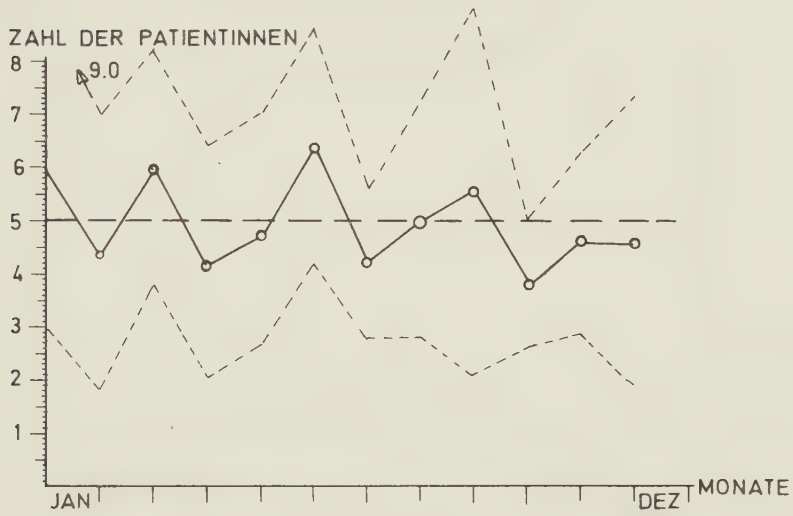
V Querulatorisch-paranoide Reaktionen und Entwicklungen

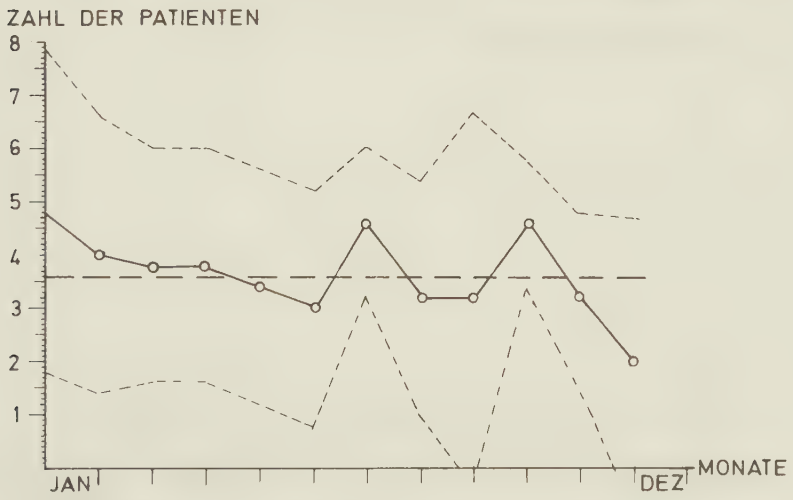
VI Induzierte Reaktionen (Folie á deux)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 516 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 298 weiblichen und 218 männlichen Geschlechtes waren.
Männer und Frauen waren im Alter von 11-70 betroffen, wobei der Erkrankungsgipfel bei beiden Geschlechtern zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr lag.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres ergibt in der Sammelkurve von allen Frauen ein monatliches Auf und Ab, wobei gegen Ende des Jahres die Patientenzahl abnimmt. Die Kurve für die 21-30jährigen läßt die geringsten Patientenzahlen im April und im Oktober erkennen. Die Kurve für die Altersgruppe 31-40 zeigt einen kontinuierlicheren Verlauf, mit niedrigen Patientenzahlen von Januar bis April und höheren von Juni bis Oktober. Die Monate November und Dezember weisen wieder niedrigere Patientenzahlen auf.

Abnorme Erlebnisreaktionen und Entwicklungen

(alle Altersgruppen)



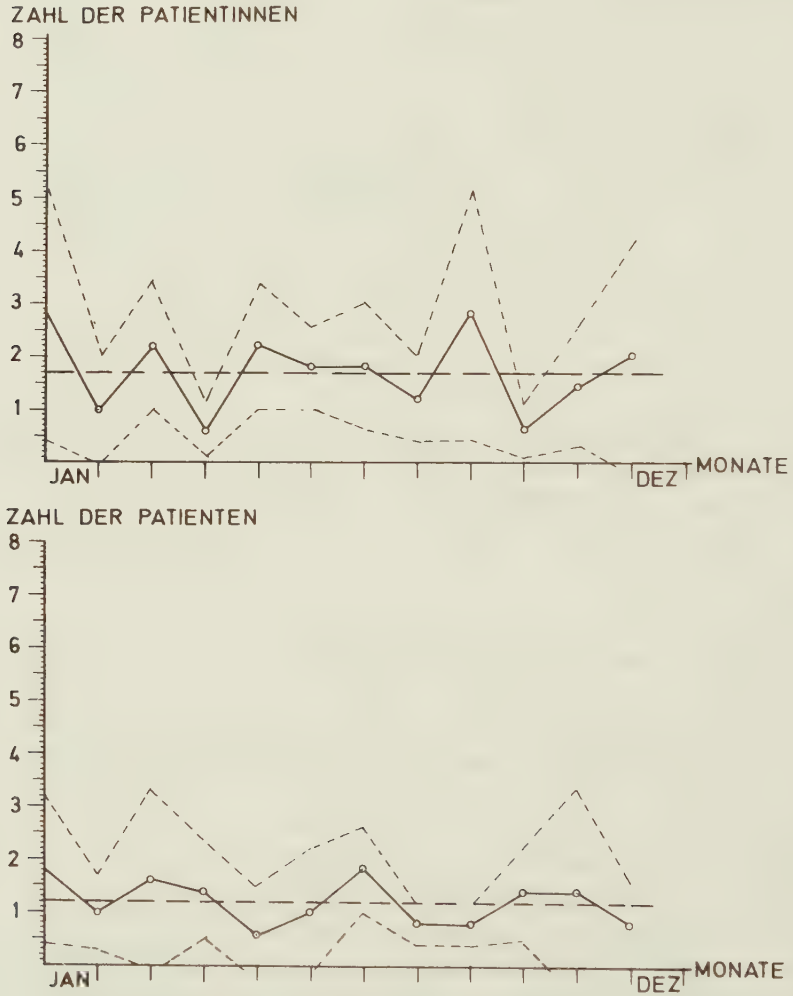


⟷ = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

– – = FÜNFJAHRESMITTEL

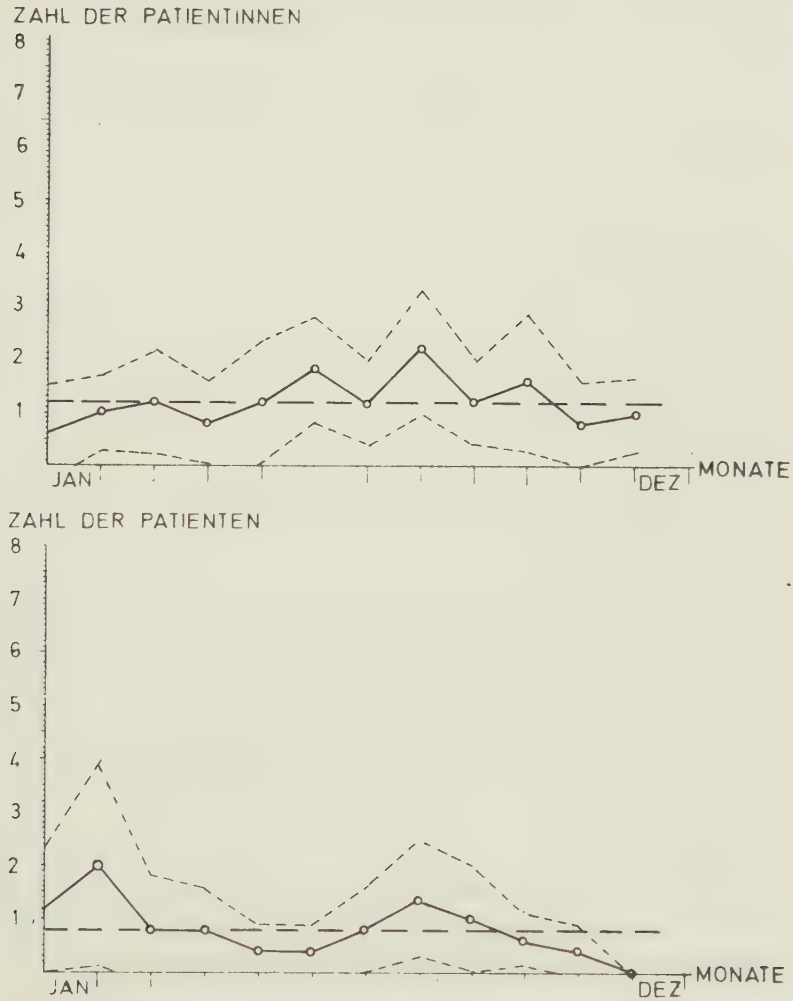
- - - = VERTRAUENSBEREICH

Abnorme Erlebnisreaktionen und Entwicklungen
(Altersgruppe 21-30)



Abnorme Erlebnisreaktionen und Entwicklungen

(Altersgruppe 31-40)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FUNFJAHRESMITTEL

= VERTRAUENSBEREICH

In der Sammelkurve von allen Männern zeichnen sich drei Erkrankungsgipfel ab: im Monat Januar, Juli und Oktober. Die Kurven der einzelnen Altersgruppen bestätigen diesen Verlauf jedoch nicht.

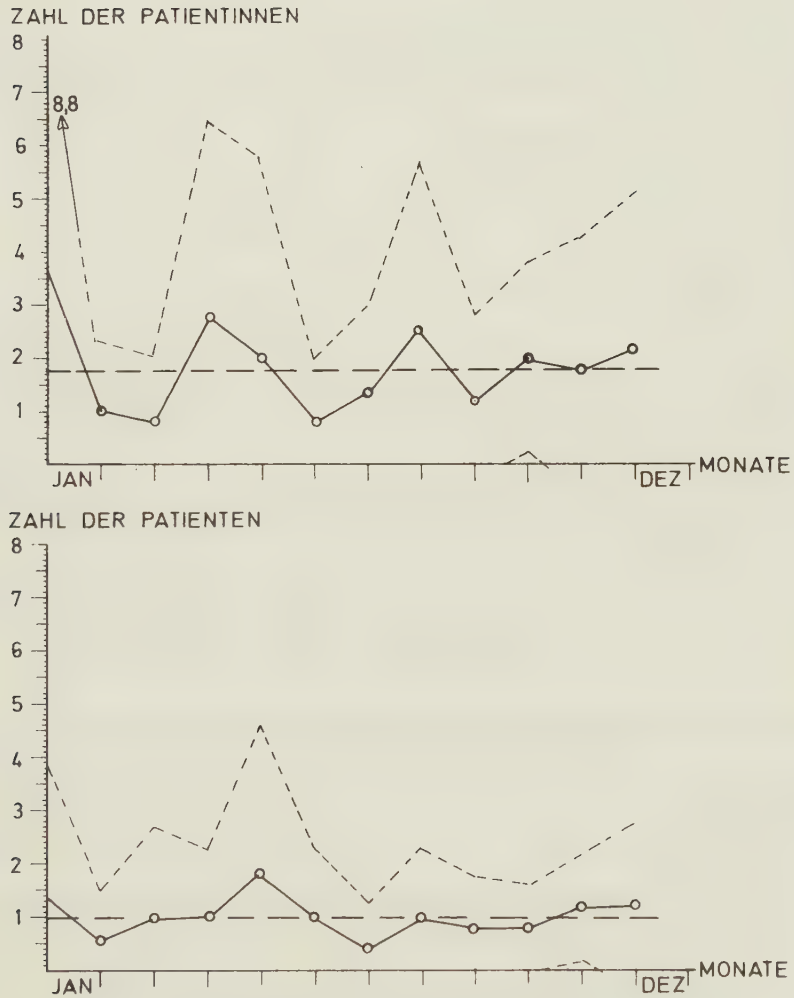
Eine jahresabhängige Rhythmik läßt sich für diese Erkrankung nicht erkennen.

Neurosen

A) Angstneurosen
B) Hysterische Neurosen
C) Phobien
D) Zwangsneurosen
E) Depressive Neurosen
F) Schizoide Neurosen
G) Hypochondrische Neurosen
H) Neurotische Lern- und Arbeitsstörungen
I) Neurotische Verwahrlosungen
K) Andere Neurosen

Im beobachteten Zeitraum von zwei Jahren (die Diagnose wurde erst im Oktober 1970 in das Diagnoseschema aufgenommen) kamen insgesamt 164 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 105 weiblichen und 59 männlichen Geschlechtes waren.
Bei Frauen wie Männern waren die 11-70jährigen betroffen, wobei der Erkrankungsgipfel bei Frauen von 21-30 lag, bei Männern von 21-40 Jahren.
Die Sammelkurve von allen weiblichen Patienten zeigt ein wechselndes Auf und Ab, wobei die Vertrauensbereiche so groß sind, daß keine Aussage über eine jahresabhängige Rhythmik gemacht werden kann, das Gleiche gilt für die männlichen Patienten.

Neurosen (alle Altersgruppen)



Psychosomatische Störungen (körperliche Störungen wahrscheinlich psychischen Ursprungs)

A) Haut und Sinnesorgane
B) Muskulatur und Skelettsystem
C) Psychomotorische Störungen (Tic, Stottern, Schreikrampf usw.)
D) Atmungsorgane
E) Herz und Kreislaufsystem
F) Magen-Darm-Trakt
G) Urogenitalsystem
H) Endokrines System, z.B. Fett- und Magersucht
I) Kopfschmerzen
K) Andere Organsysteme

Im beobachteten Zeitraum von zwei Jahren (diese Diagnose wurde erst im Oktober 1970 in das Diagnoseschema aufgenommen) kamen insgesamt 41 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 13 weiblichen und 28 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren die 11-60jährigen betroffen, bei den Männern die 21-50jährigen, wobei bei den Männern der Erkrankungsgipfel bei den 21-30jährigen lag.
Wegen der geringen Zahlen an Patienten und des großen Vertrauensbereiches, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, abnorme Erlebnisreaktionen und Verhaltensstörungen (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

A) Abnorme Charakterzüge und (überwiegend charakterogene) Verhaltensstörungen
B) Abnorme Erlebnisreaktionen und (überwiegend milieubedingte oder neurotische) Verhaltensstörungen
   I Verwahrlosung
   II "Hippie-Syndrom" (dissoziale Gruppen)
   III Sonstiges
C) Funktionelle nervöse Organstörungen, einschließlich Enuresis und Enkopresis
D) Überwiegend auf Hirnschäden beruhende Verhaltensstörungen

E) Reifungsstörungen und "Anorexia mentalis"
F) Psychosen des Kindesalters

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 68 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 31 weiblichen und 37 männlichen Geschlechtes waren. Wie schon aus der Diagnosestellung hervorgeht waren die 11-20 jährigen betroffen.
Wegen der geringen Zahl an Patienten und zu großer Vertrauensbereiche, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Angeborene und früherworbene Hirn- und Rückenmarksveränderungen sowie Schädel- und Wirbelsäulenanomalien

A) Hirn- und Schädelmißbildungen, auch solche ohne neurologische Störungen (Balkenagenesie, Septum pellucidum-Zyste, Turmschädel, basale Impression, Arnold-Chiari-Syndrom, Marfan-Syndrom und ähnliche)
B) Restzustände frühkindlicher Erkrankungen und ungeklärte Prozesse des Kindesalters mit neurologischen Störungen (Little-Syndrom, Athetose, Hydrocephalus internus ungeklärter Ätiologie und andere)
C) Rückenmarks- und Wirbelsäulenmißbildungen (Spina bifida und andere dysraphische Störungen, M. Klippelfeil und andere)
D) Adie-Syndrom und verwandte Pupillenstörungen, konstitutionelle Areflexie
E) Isolierte Kernaplasien und angeborene Muskeldefekte, kongenitaler Nystagmus, kongenitale Ptose

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 40 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 16 weiblichen und 24 männlichen Geschlechtes waren.
Männliche Patienten kamen vorwiegend im Alter von 11-30 und weibliche Patienten im Alter von 31-40 Jahren zur Aufnahme.

Wegen der geringen Zahlen an Patienten und der erheblich großen Vertrauensbereiche, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Syphilitische Erkrankungen

A) Syphilitische Manifestationen außerhalb des Nervensystems (Knochengummen, Mesaortitis syphilitica und andere)
B) Tabes dorsales
C) Lues cerebrospinalis
   I Meningeale Frühformen
   II Meningeale Spätformen
   III Vasale Formen
   IV Gummöse Formen
D) Lues latens liquorpositiva
E) Lues latens seropositiva ohne Liquorveränderungen sowie völlig sanierte Fälle dieser Gruppe
F) Konnatale Fälle

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 71 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 39 weiblichen und 32 männlichen Geschlechtes waren.
Bei Männern und Frauen waren die Altersgruppen 21-70 betroffen, und beide Geschlechter kamen vorwiegend im Alter von 41-50 Jahren zur Aufnahme.
Wegen der geringen Zahlen an Patienten und der großen Vertrauensbereiche, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Bakterielle Meningditiden und Meningditiden bei Nachbarschaftsprozessen sowie Folgezustände

A) Meningitis epidemica
B) Meningitis tuberkulosa
C) Pneumokokkenmeningitiden (forgeleitet oder metastatisch)
D) Andere Meningitiden mit nachgewiesenem bakteriellem Erreger (fortgeleitet oder metastatisch)
E) Eitrige, offensichtlich bakterielle Meningitiden ohne Erregernachweis
F) Sogenannte sympathische Meningitiden
G) Folgezustände nicht mehr klassifizierbarer Meningitiden

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 19 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 7 weiblichen und 12 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren die 11-40 und 51-60jährigen betroffen, der Erkrankungsgipfel lag zwischen dem 11.-20. Lebensjahr. Bei den männlichen Patienten waren die Lebensalter 21-70 betroffen und der Erkrankungsgipfel lag zwischen dem 41.-60. Lebensjahr.
Wegen der geringen Zahl an Patienten und der großen Vertrauensbereiche, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Poliomyelitis

A) Frische Erkrankungen, einschließlich abortiver Formen
B) Restzustände
C) Postvakzinell

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 6 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon eine weiblichen und fünf männlichen Geschlechtes waren.
Beide Geschlechter kamen hauptsächlich im 31.-40. Lebensjahr zur Aufnahme.
Wegen der geringen Zahl an Patienten ist keine Aussage zu machen.

Zoster

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 11 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon fünf weiblichen und sechs männlichen Geschlechtes waren.
Frauen kamen im Alter von 51-80, Männer im Alter von 21-50 und 61-70 zur Aufnahme.

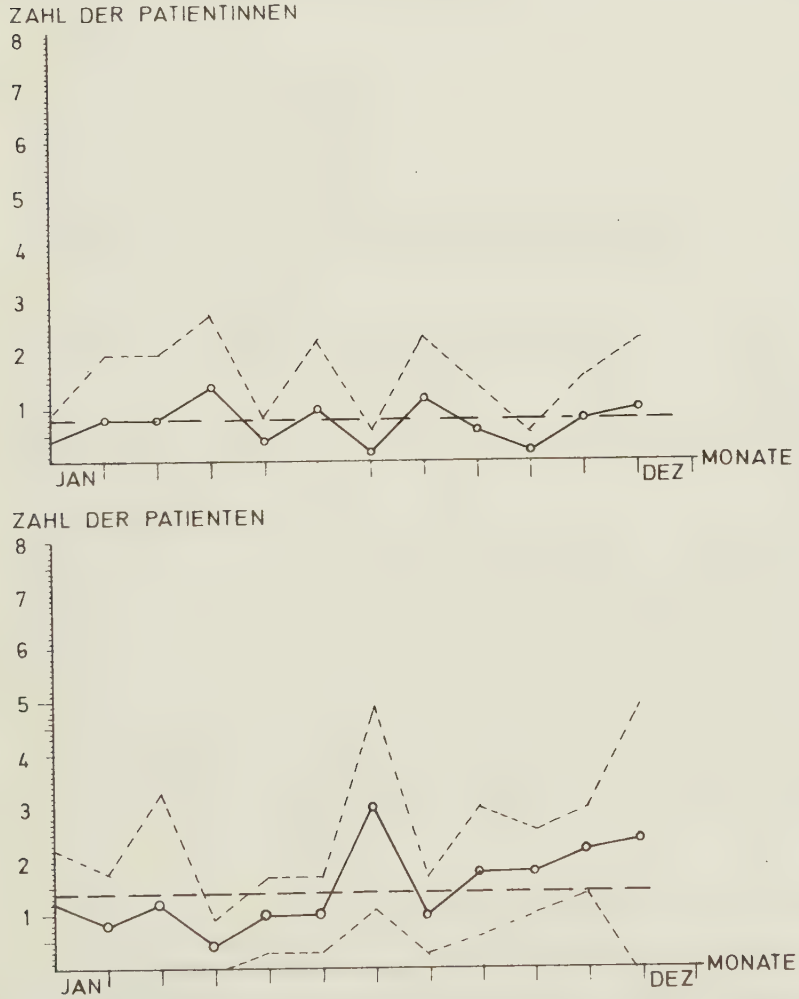
Wegen der geringen Zahl an Patienten ist keine Aussage zu machen.

Weitere infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems sowie Folgezustände

A) Meningitiden und Meningo-enzephalitiden.. Enzephalitis A (v. Economo), St. Louis-Enz., Zentraleuropäische Enz., Japanische Enz., Fleckfieber-Enz. und andere)
B) Meningitiden und Meningo-enzephalitiden bei LCM-, Mumps, Herpes simplex, Coxackie-, Echo-Infektionen, bei infektiöser Mononukleose sowie Zoster-enzephalitis und Myelitis und andere.
C) Para- und postinfektiöse Meningo-enzephalitiden (Vakzination Masern, Varicellen, Grippe und andere)
D) Vermutlich virusbedingte Meningitiden und Meningo-enzephalitiden nicht sicher klassifizierbar, hämorrhagische Meningo-enzephalitis, Purpura cerebri wahrscheinlich infektiöser Herkunft
E) Meningitiden und Meningo-enzephalitiden durch andere Erreger.. Leptospiren, Listeriose, Toxoplasmen, Malariaplasmodien und andere Protozoen, Zystizerken, Echinokokken, Trichinose und andere tierische Parasiten, Hefen und andere Pilzinfektionen
F) Subakute sklerosierende Leukoenzephalitis van Bogaert, andere sporadische Spontanenzephalitiden (Typ Pette-Döring, Dawson und andere atypische Formen)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 127 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 43 weiblichen und 84 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen kamen im Alter von 11-70 zur Aufnahme, wobei der Erkrankungsgipfel bei den 11-20jährigen lag. Die männlichen Patienten kamen im Alter von 11-80 zur Aufnahme, hier lag der Erkrankungsgipfel zwischen dem 41.-50. Lebensjahr. Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigte für Frauen einen uncharakteristischen Kurvenverlauf. Bei den Männern zeichnet sich eine höhere Erkrankungstendenz in der zweiten Jahreshälfte ab. Diese Erkrankung scheint zumindest für Männer eine jahresabhängige Rhythmik aufzuweisen.

Weitere infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems sowie Folgezustände (alle Altersgruppen)



—o— = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

– — = FÜNFJAHRESMITTEL

⋮⋮ = VERTRAUENSBEREICH

Enzephalitiden und Enzephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten und solche wahrscheinlich nicht infektiöser Herkunft

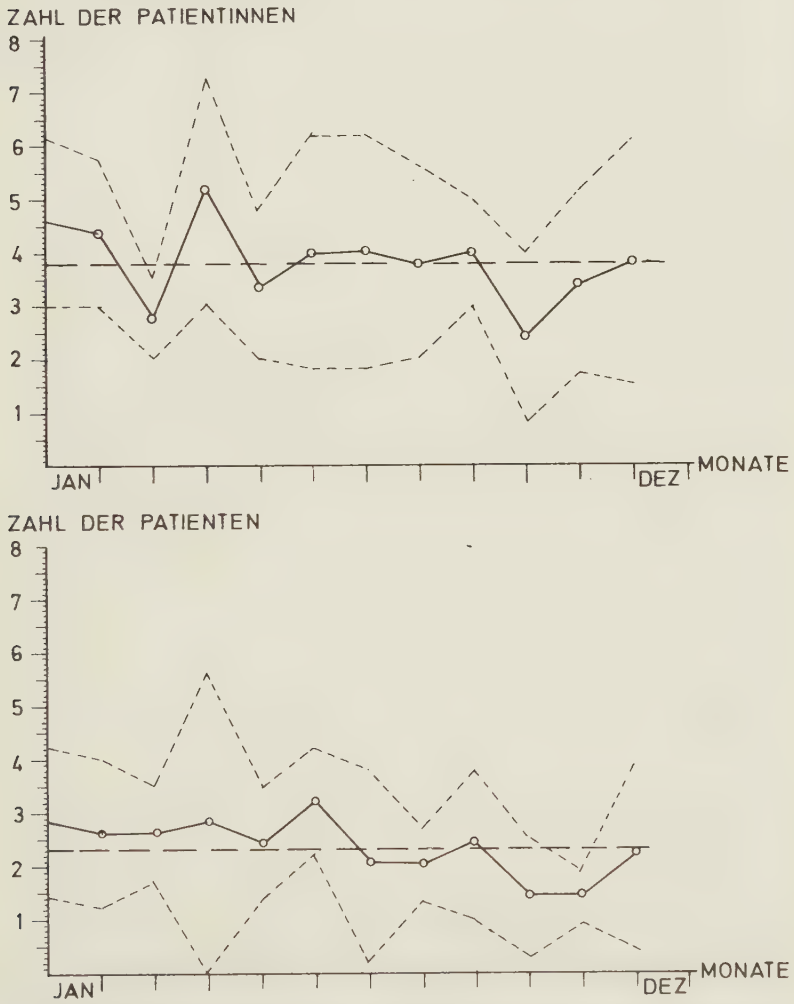
A) Enzephalitis disseminata
B) Entzündliche diffuse Sklerose Typ Schilder
C) Isolierte retrobulbäre Neuritis und Neuritis optica unklarer Herkunft
D) Akute Querschnittsmyelitiden, Neuromyelitis optica, offensichtlich entzündliche Kauda- und Konussyndrome
E) Granulomatöse Entzündungen und andere ungewöhnliche Formen (hier auch cerebraler M. Boeck, Hand-Schüller-Christian)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 364 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 229 weiblichen und 135 männlichen Geschlechtes waren.
Männer und Frauen kamen im Alter von 11-70 Jahren zur Aufnahme, bei beiden lag der Erkrankungsgipfel zwischen dem 41.-50. Lebensjahr.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt in der Sammelkurve für weibliche Patienten aller Altersgruppen die niedrigsten Patientenzahlen in den Monaten März und Oktober. Die Einzelkurven der Altersgruppen sind uncharakteristisch. Die Sammelkurve für männliche Patienten aller Altersgruppen deutet eine stärkere Beteiligung in der 1. Jahreshälfte an. Dieses Verhalten ist auch in den einzelnen Altersgruppen wiederzufinden.
Über eine jahresabhängige Rhythmik läßt sich wegen großer Vertrauensbereiche keine sichere Aussage machen.

Neuritische und neuralgische Syndrome

A) Isolierte Hirnnervenlähmungen entzündlicher Genese und Folgezustände (rheumatische Facialislähmung, Neuritis nervi III, IV, IX, XII)
B) Andere neuritische Syndrome (außer Polyneuritiden), auch mit meningealer Beteiligung (Typus Bannwarth), Gradenigo-Syndrom entzündlicher Herkunft

Enzephalitiden und Enzephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten und solche wahrscheinlich nicht infektiöser Herkunft (alle Altersgruppen)

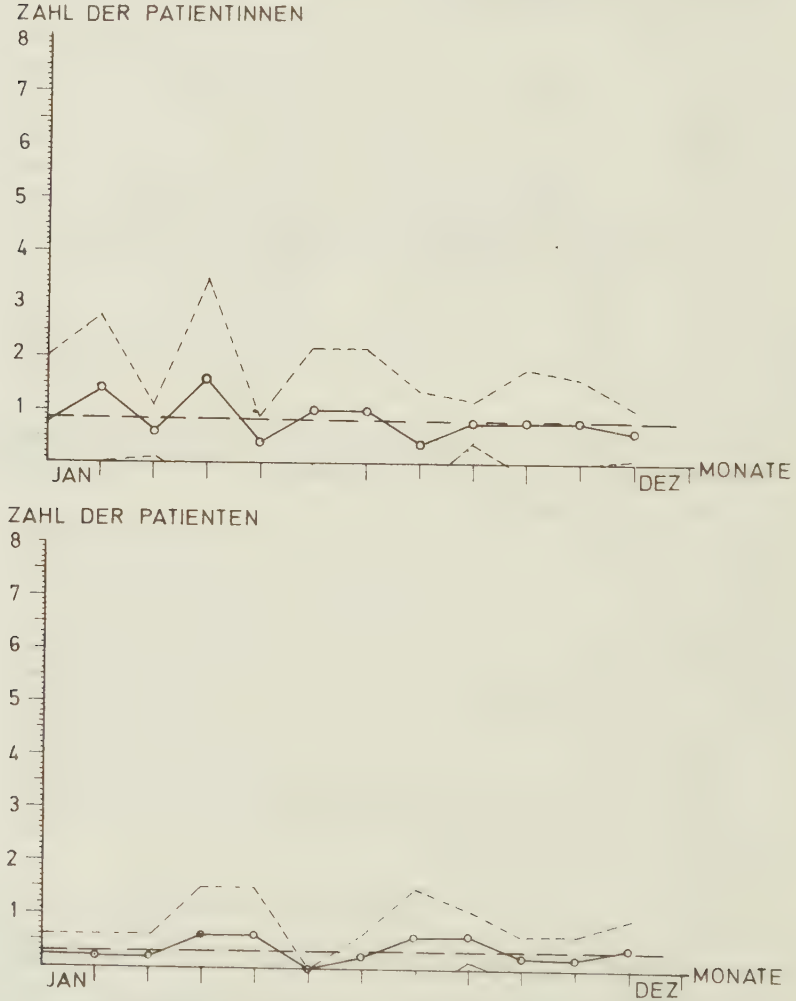


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

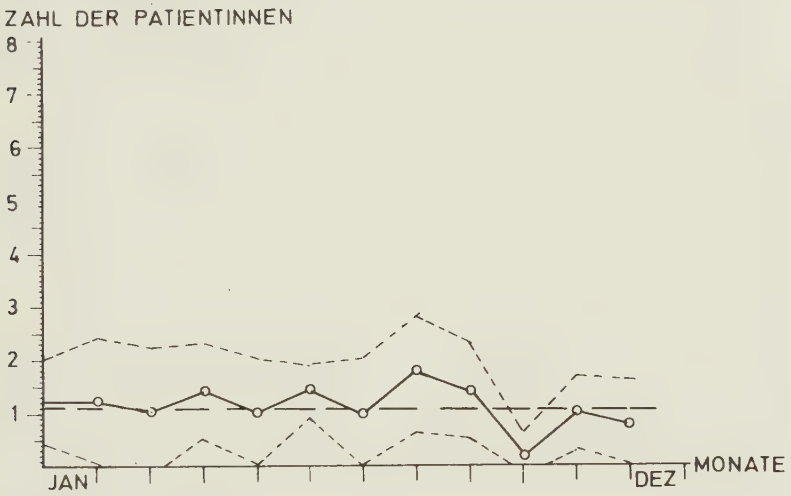
— — = FÜNFJAHRESMITTEL

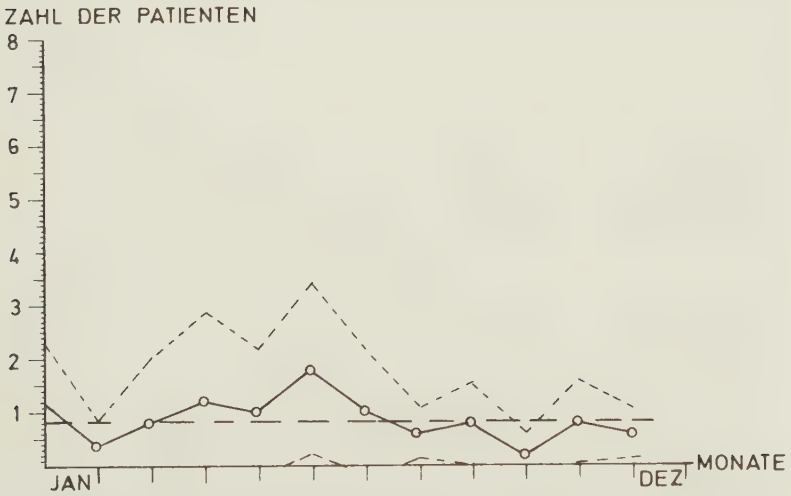
- - - - = VERTRAUENSBEREICH

Enzephalitiden und Enzephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten und solche wahrscheinlich nicht infektiöser Herkunft (Altersgruppe 21-30)



Enzephalitiden und Enzephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten und solche wahrscheinlich nicht infektiöser Herkunft. (Altersgruppe 31-40)



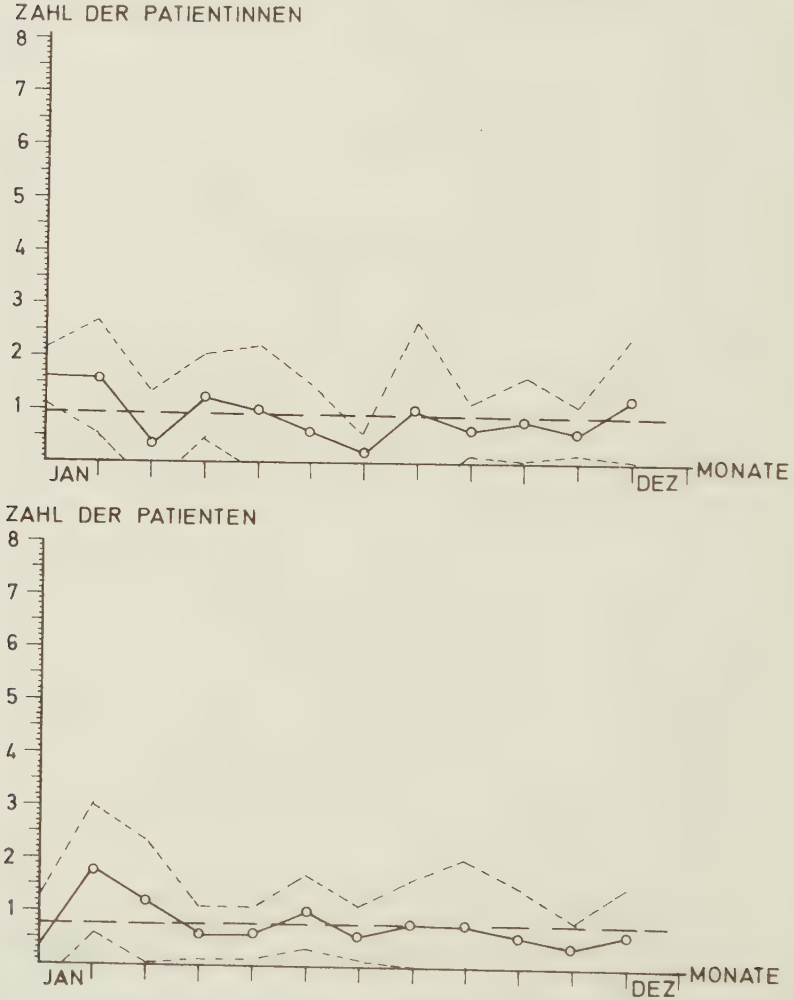


—o— = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - = VERTRAUENSBEREICH

Enzephalitiden und Enzephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten und solche wahrscheinlich nicht infektiöser Herkunft. (Altersgruppe 41-50)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

C) Trigeminusneuralgie
D) Andere Neuralgien (Glossopharyngeus-Neuralgie, Okzipital-Neuralgie und andere)
E) Melkersson-Rosenthal-Syndrom

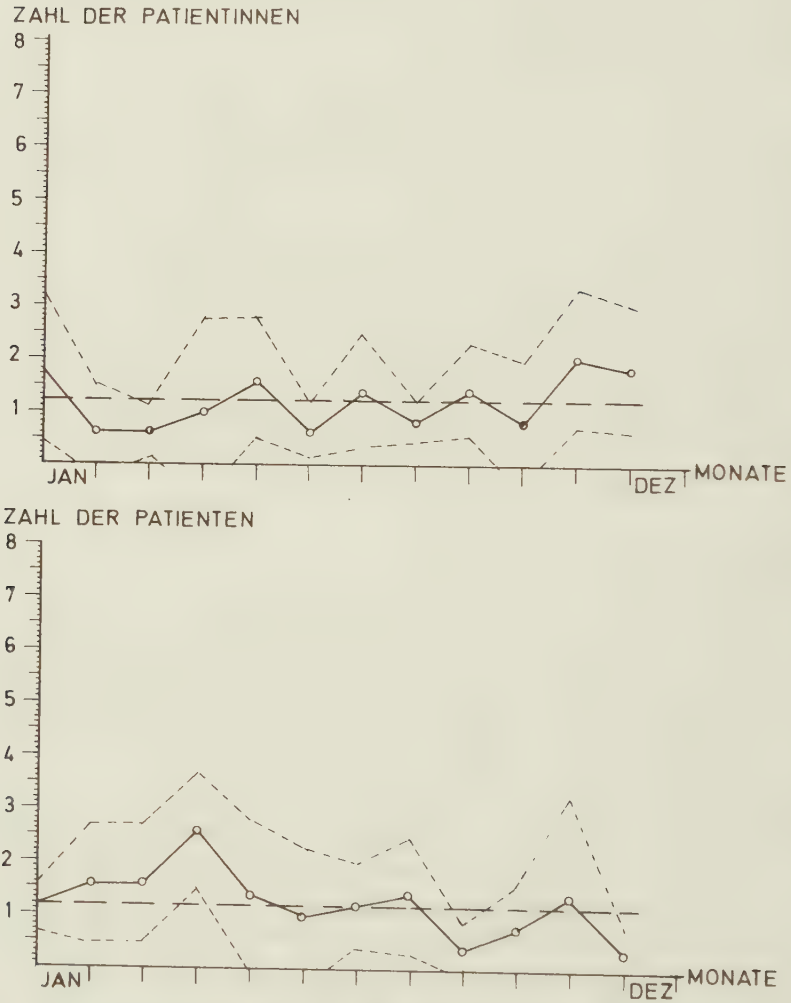
Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 91 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 42 weiblichen und 49 männlichen Geschlechtes waren.
Beide Geschlechter kamen im Alter von 11-80 Jahren zur Aufnahme, wobei die Frauen ihren Erkrankungsgipfel zwischen dem 41.-50. Lebensjahr hatten, die Männer zwischen dem 41.-60..
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres deutet für beide Geschlechter eine geringere Erkrankungstendenz gegen Ende des Jahres (Oktober bis Dezember) an.
Für diese Erkrankung ist eine jahresabhängige Rhythmik zu vermuten.

Polyneuropathien

A) Toxische Polyneurophathie
B) Idiopathische, entzündliche und infektiöse Polyneuritiden (hier auch serogenetischer Typ und andere Schwerpunktpolyneuropathien sowie Polyneuritis bei infektiöser Mononukleose)
C) Infektiös-toxische Polyneuropathien.. Polyneuropathie bei Diphtherie, bei Botulismus und andere
D) Polyneuropathien bei Stoffwechselstörungen, intestinalen Resorptionsstörungen und Avitaminosen (Diabetes, Porphyrie)
E) Nicht überzeugend klassifizierbare Polyneuropathien (hier auch Polyneuritiden mit dem Syndrom der Meningitis)
F) Vasale Polyneuropathien (Periarteriitis nodosa, bei Arteriosklerose und anderen)
G) Bei Malignomen und Blutkrankheiten

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 146 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 72 weiblichen und 74 männlichen Geschlechtes waren.

Polyneuropathien (alle Altersgruppen)



Beide Geschlechter kamen im Alter von 11-80 zur Aufnahme, bei den Frauen waren die 21-70jährigen etwa gleichstark betroffen, während die männlichen Patienten einen Erkrankungsgipfel im Alter von 31-40 Jahren zeigten.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres, läßt für Frauen eine stärkere Erkrankungstendenz in den Monaten November, Dezember, Januar erkennen, für die männlichen Patienten deutet sich ein größerer Erkrankungsgipfel in der ersten Jahreshälfte an.
Für diese Erkrankung ist eine jahresabhängige Rhythmik zu vermuten, wobei männliches und weibliches Geschlecht sich etwa gegensinnig verhält.

Funikuläre Spinalerkrankungen (bei Blutkrankheiten sowie bei Mangelkrankheiten und unbestimmbaren Resorptionsstörungen, Pellagra, Lathyrismus, bei chronischem Alkoholismus, Diabetes, Malignom und Infektionskrankheiten, Malaria, Tuberkulose)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 21 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 14 weiblichen und 7 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen erkrankten die 31-80jährigen, bei den Männern die 31-70jährigen, wobei die weiblichen Patienten vorwiegend im Alter von 61-70 zur Aufnahme kamen, die männlichen Patienten um das 31.-40. Lebensjahr.
Wegen der geringen Zahlen an Patienten sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Gefäßprozesse des Nervensystems

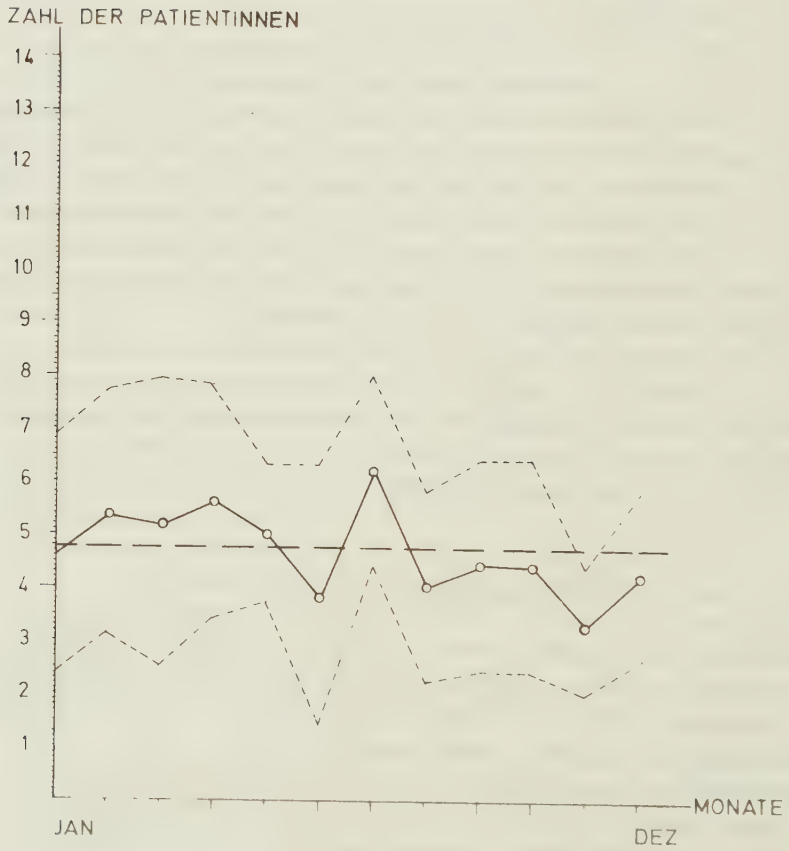
A) Massenblutungen des Gehirns (auch bei Hypertonie und Hyalinose)
B) Neurologische Syndrome bei Hirnarteriosklerose
   I Flüchtige Durchblutungsstörungen ohne Herdbefunde
   II Durchblutungsstörungen des Großhirns mit Herdbefund
   III Durchblutungsstörungen des Hirnstammes und Kleinhirns mit Herdbefund
C) Hirnembolie (auch embolische Herdenzephalitis)
D) Cerebrale Durchblutungsstörungen bei Hypertonie, bei Thrombangitis obliterans und unklassifizierbaren Gefäßprozessen sowie infolge Carotisthrombosen bei Hirnprozessen (Thrombangitis obliterans, Arteriosklerose, Lues)
E) Sackförmige Aneurismen mit und ohne Subarachnoidalblutung, spontane Subarachnoidalblutung ohne erwiesene Blutungsquelle
F) Epi- und subdurale Blutungen (einschließlich Pachymeningiosis hämorrhagica), traumatische arterio-venöse Auneurismen
G) Sinus und Hirnvenenthrombosen
H) Angiomatöse und andere Gefäßmißbildungen des Gehirns, soweit noch nicht erwähnt (arteriovenöses Aneurisma, Sturge-Weber'sche Krankheit und andere außer Lindau-Tumor)
I) Gefäßabhängige Erkrankungen und Gefäßmißbildungen des Rückenmarks (spontane Hämatomyelie und Myelomalazie einschließlich Folgen der Aortenthrombose, Myelitis necroticans, Varicosis spinalis)
K) Periarteriitis nodosa, Arteriitis temporalis
L) Cerebrale Durchblutungsstörungen durch extracranielle Ursachen
   I Durch Hypoxämie und Oligämie bei Höhenkrankheit, Ersticken und Ertrinken, Lungen- und Herzerkrankungen (außer Adams-Stokes-Anfälle), Anämie, plötzlicher Blutverlust, Kollaps, Hypotonie, Strangulation, Narkose- und Operationszwischenfällen, Embolie von Fett und Luft
   II Carotisthrombosen nach stupfen Traumen, Schußverletzungen, Tumoren der Nachbarschaft und ähnliche
   III Aortenbogensyndrom, zervikale vertebrale Syndrome und ähnliche

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 757 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 267 weiblichen und 490 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Alter von 21-80 Jahren, wobei der Erkrankungsgipfel um das 51.-60. Lebensjahr lag; Männer erkrankten zwischen dem 11. und 80. Lebensjahr, auch hier war das Maximum im 51.-60. Lebensjahr.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt in der Sammelurve von allen Frauen niedrige Zahlen in den Monaten August bis Dezember. Die Altergruppe 51-60, die zahlenmäßig am stärksten vertreten ist, zeigt nur für den Monat November eine geringere Zahl an Erkrankungen, während die übrigen Monate eine etwa gleichmäßige Verteilung aufweisen. Bei den männlichen Patienten aller Altersgruppen finden sich niedrige Patientenzahlen von August bis Februar. Dieser Verlauf wird von den Darstellungen der einzelnen Altersgruppen nicht bestätigt.
Eine jahresabhängige Rhythmik ist bei diesem Krankheitsbild nicht sehr wahrscheinlich. Auffällig sind jedoch die wellenförmigen Verläufe bei beiden Geschlechtern und Altersgruppen, die jedoch in ihren Phasen gegeneinander verschoben sind und in der Gesamtdarstellung nicht zum Ausdruck kamen.

Raumfordernde Prozesse des Gehirns und seiner Hüllen

A) Gliome, histologisch verifiziert (Glioblastoma multiforme, Astrozytom, Oligodenrogliom, Spongioblastom, Medulloblastom, Ependymom)
B) Gliome, histologisch nicht verifiziert
C) Meningeome, auch Meningeo-sarkome und andere primäre intraktranielle Sarkome
D) Neurinome, (auch bei M. Recklinghausen), tuberöse Sklerose
E) Hypophysentumoren (einschließlich Kraniopharyngeom), Epiphysentumoren
F) Metastasen (einschließlich meningealer Karzinose und Sarkomatose)

Gefäßprozesse des Nervensystems
(weibliche - alle Altersgruppen)



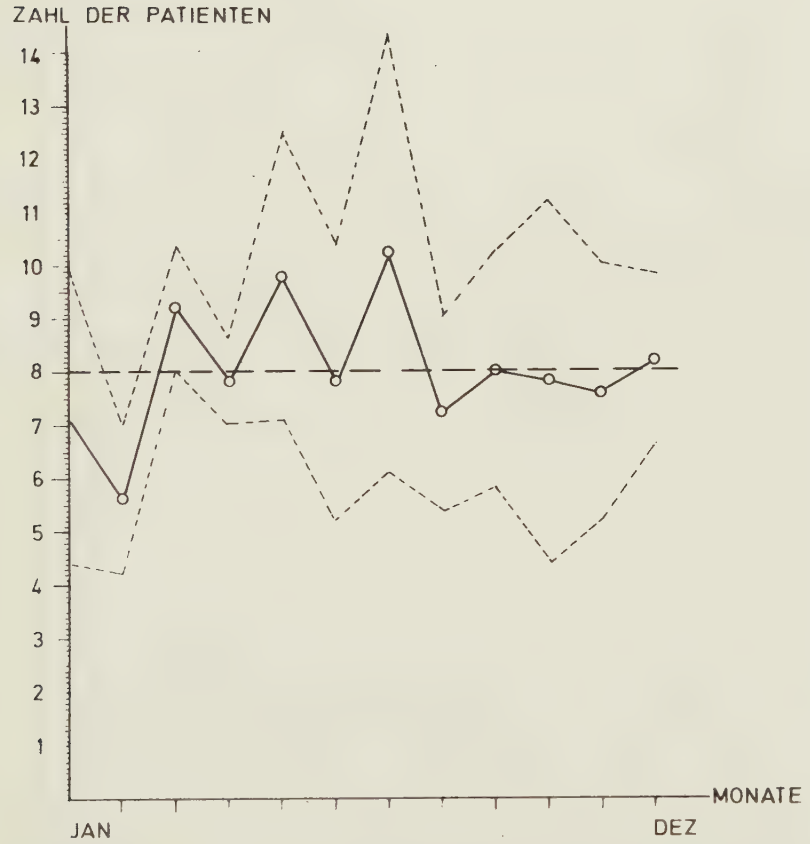
——— = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

– – – = FÜNFJAHRESMITTEL

= VERTRAUENSBEREICH

Gefäßprozesse des Nervensystems

(männliche - alle Altersgruppen)



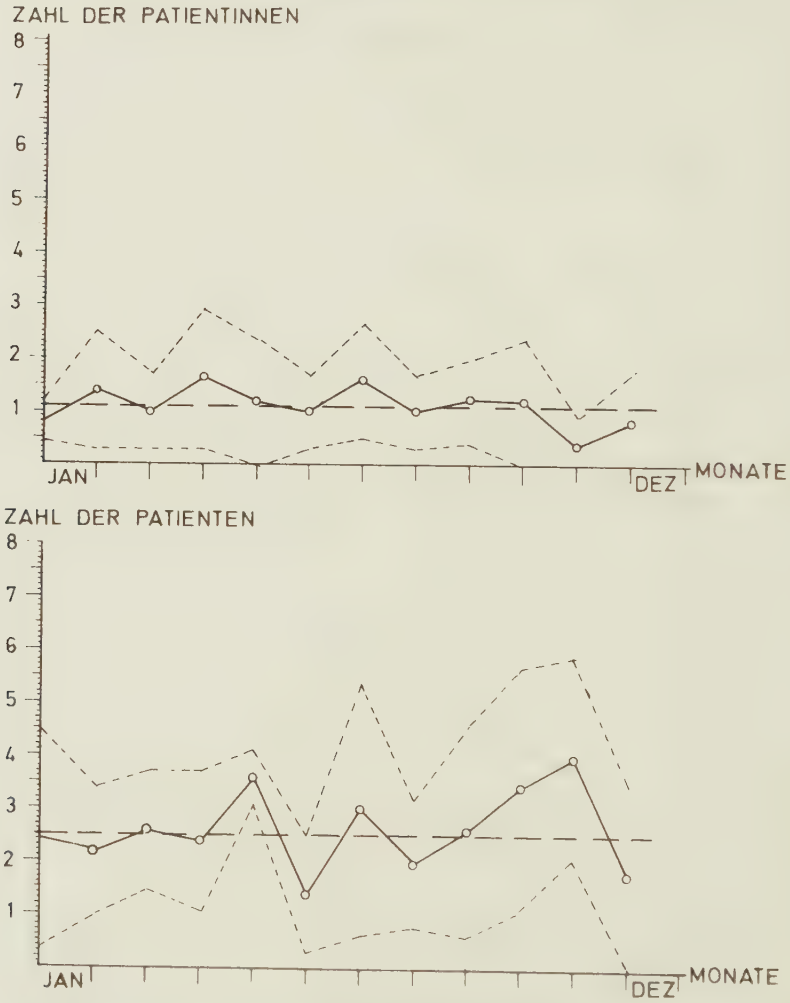
⟷ = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

– – – = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

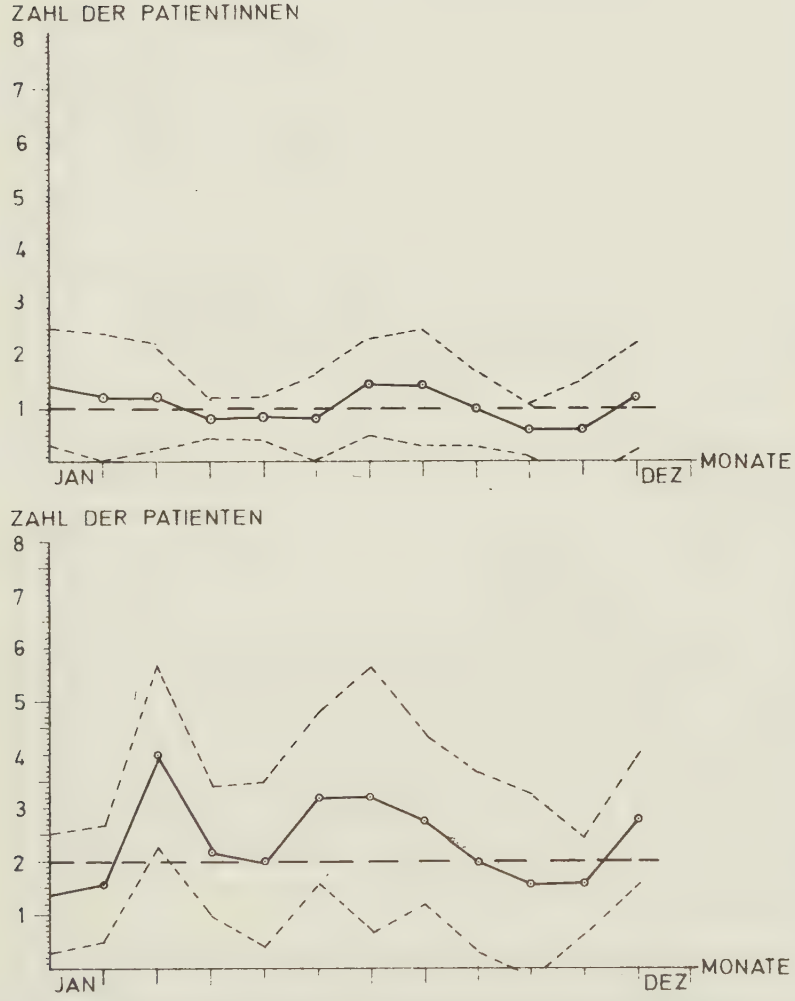
Gefäßprozesse des Nervensystems

(Altersgruppe 51-60)



Gefäßprozesse des Nervensystems

(Altersgruppe 61-70)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

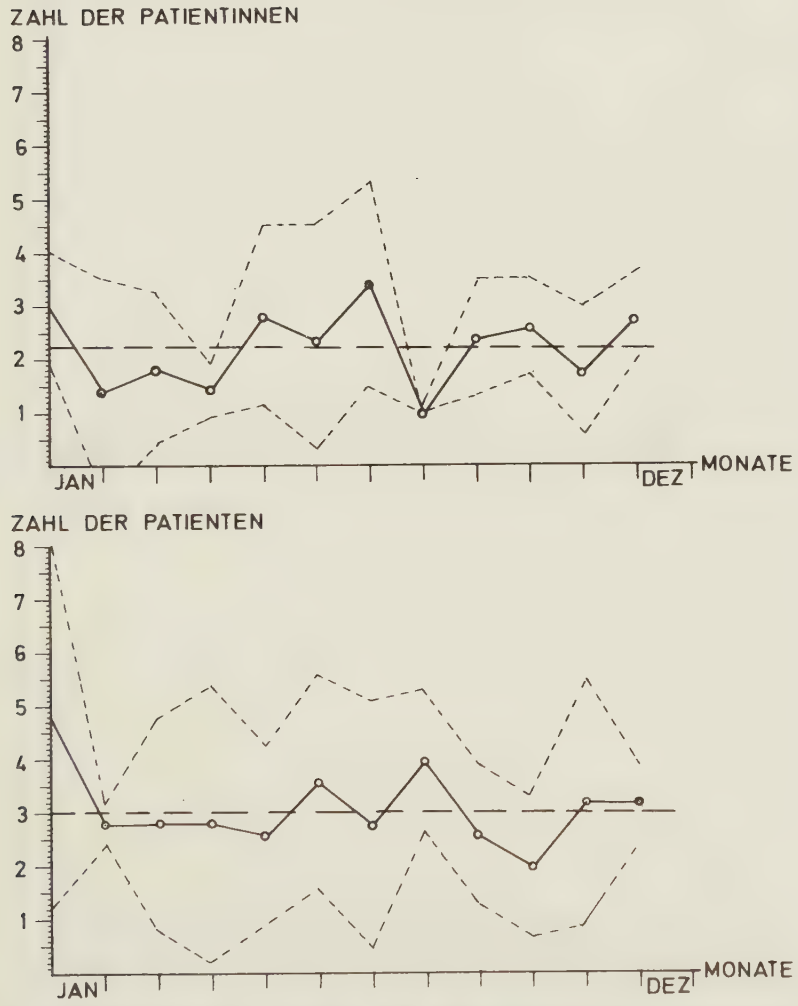
. . . = VERTRAUENSBEREICH

G) Andere Hirngeschwülste (Cholesteatom, Lindau-Tumor, Chondrom, Chordome)
H) Extradurale Tumoren im Schädelbereich (Retothelsarkom, Karzinom, Osteom, eosinophiles Granulom, M. Hodgkin)
I) Andere raumfordernde Prozesse (intrakranielle, auch epidurale Abszesse und Tuberkulome, entzündliche Aquäduktstenose, Arachnitis, Echinococcus und Cysticerkose mit Syndrom der intrakraniellen Drucksteigerung
K) Sichere raumfordernde intrakranielle Prozesse, artdiagnostisch nicht einzuordnen
L) Verdacht auf intrakraniellen Prozess mit der Differentialdiagnose "Tumor" (einschließlich Pseudotumor cerebri)
M) Isolierte Stauungspapille nicht geklärter Herkunft
N) Bestrahlte Hirn- und Schädeltumoren

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 313 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 134 weiblichen und 179 männlichen Geschlechtes waren.
Beide Geschlechter erkrankten zwischen dem 11. und 80. Lebensjahr. Das Erkrankungsmaximum lag bei Frauen um das 51.-60. Lebensjahr, bei den Männern zwischen dem 41. und 70. Lebensjahr.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres deutet in der Sammelkurve der Frauen in den Monaten Februar bis April und im August niedrigere Patientenzahlen an als in den Monaten Mai bis Juli. Dieser Verlauf findet sich auch in den einzelnen Altersgruppen wieder. Die Sammelkurve für alle Männer zeigt - abgesehen vom Monat Oktober, wo die wenigsten stationären Aufenthalte unter dieser Diagnose stattfanden - einen etwa gleichmäßigen Verlauf, der auch in den Einzeldarstellungen der Altersgruppen wiederzufinden ist.

Eine jahresabhängige Rhythmik wäre höchstens für weibliche Patienten zu diskutiern, für männliche Patienten ist sie unwahrscheinlich.

Raumfordernde Prozesse des Gehirns und seiner Hüllen
(alle Altersgruppen)

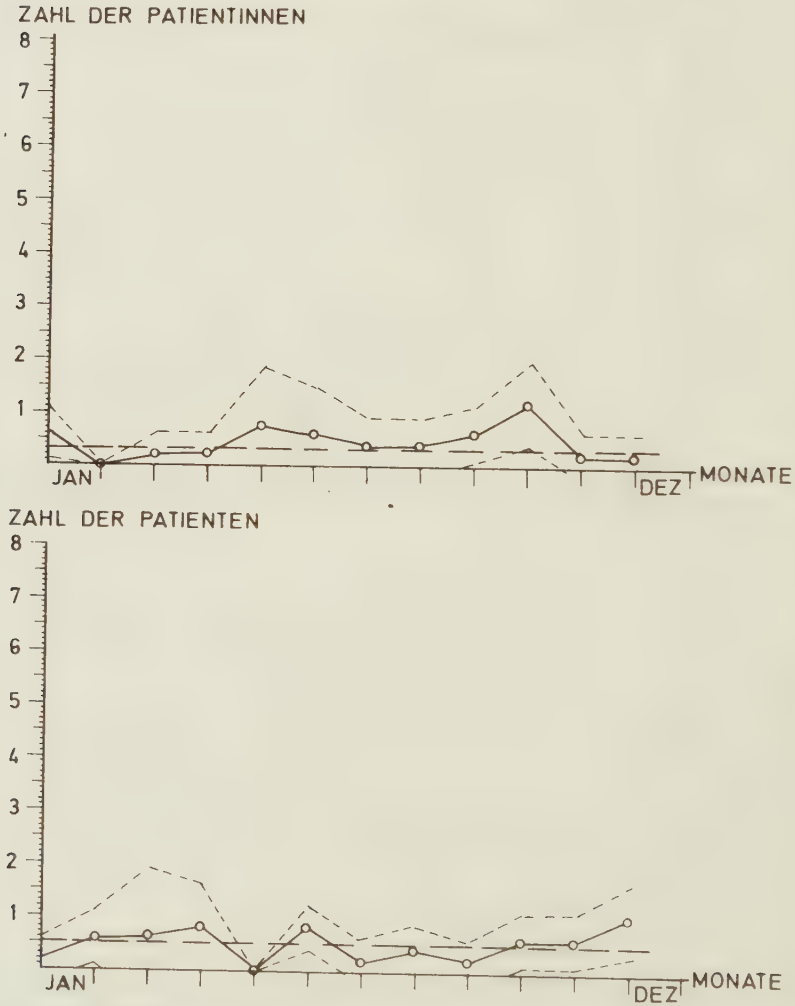


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

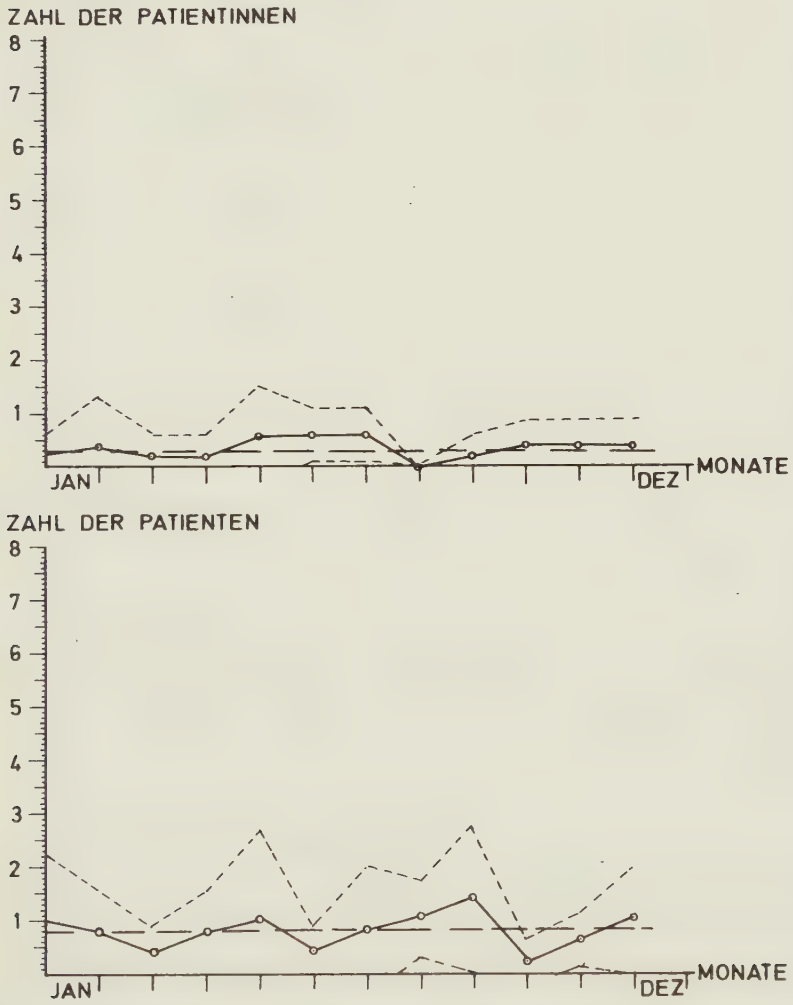
— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Raumfordernde Prozesse des Gehirns und seiner Hüllen
(Altersgruppe 31-40)



Raumfordernde Prozesse des Gehirns und seiner Hüllen
(Altersgruppe 41-50)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

Raumfordernde Prozesse im Bereich des Spinalkanals

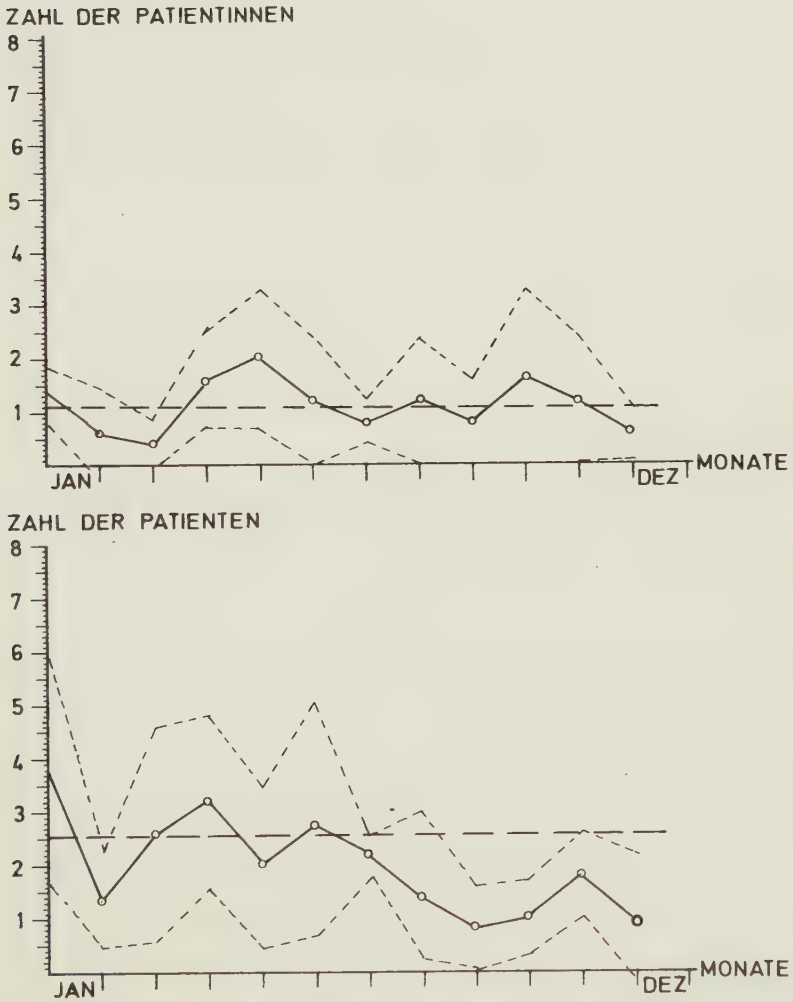
A) Bandscheibenvorfälle (auch Osteochondrose und Spondylolisthesis mit neurologischen Symptomen)
B) Andere extramedulläre Kompressionen nicht traumatischer Herkunft (Karzinom, Sparkom, Wirbelangiom, Epidermoid, Myelom, M. Hodgkin, epiduraler Abszess, Spondylitis tuberculosa, Arachnitis
C) Extramedulläre Kompressionen durch Meningeome und Neurinome
D) Intramedulläre Neubildungen (auch Ependymome im Kaudabereich)
E) Spinale Gliose (Syringomyelie)
F) Verdacht auf raumfordernden spinalen Prozess
G) Nicht hinreichend geklärte spinale Prozesse

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 209 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 66 weiblichen und 143 männlichen Geschlechtes waren.
Beide Geschlechter erkrankten zwischen dem 11. und 80. Lebensjahr, wobei Frauen vermehrt im Alter von 41-50 und 61-70 Jahren erkrankten, Männer im Alter von 41-50.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres läßt für die Frauen ein Minimum im Februar/März erkennen; bei den Männern liegt das Erkrankungsminimum (gerade entgegengesetzt) im August bis Dezember.
Für diese Erkrankung läßt sich eine jahresabhängige Rhythmik vermuten.

Vornehmlich extrapyramidale Erkrankungen

A) Postenzephalitisches Parkinsonsyndrom
B) Andere Parkinsonsyndrome
   I Primär degenerative Formen... M. Parkinson (Paralysis agitans)
   II Symptomatische Formen bei Hirngefäßprozessen und anderen cerebralen Durchblutungsstörungen, nach Hirntraumen
   III Parkinsonsyndrom ungeklärter Herkunft
C) Degeneratio hepato-lenticularis (Strümpell-Westphal, Wilson)
D) Torticollis spasticus, Torsionsdystonie

Raumfordernde Prozesse im Bereich des Spinalkanals
(alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - = VERTRAUENSBEREICH

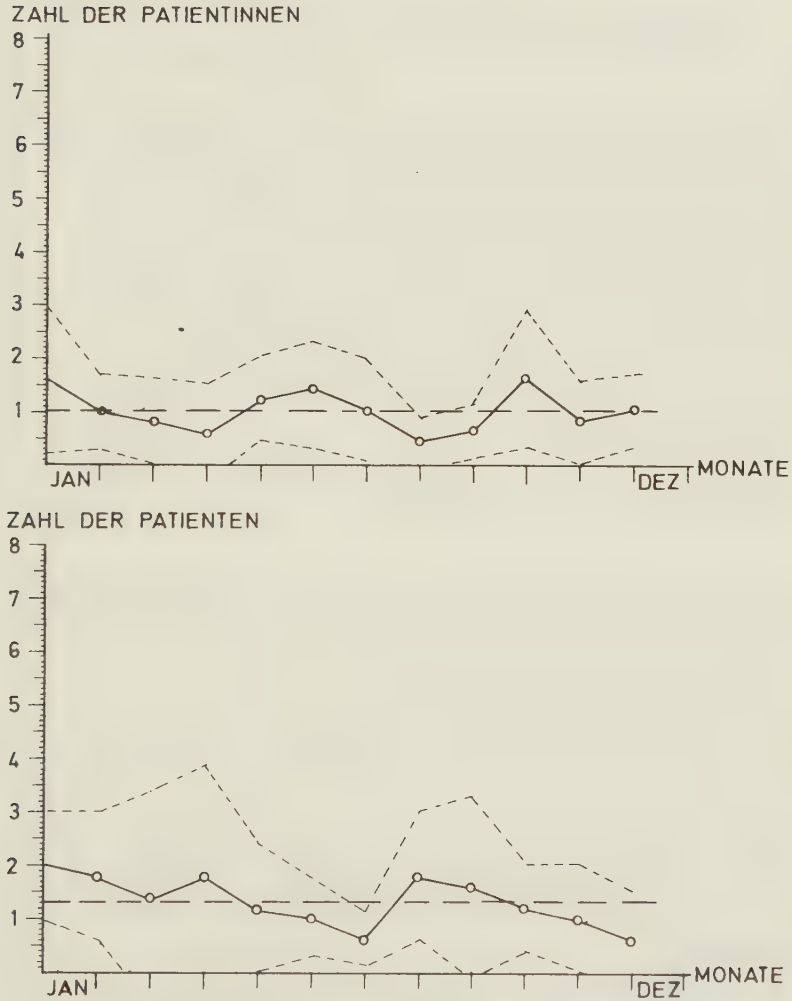
E) Habutueller Tremor
F) Chorea minor, auch Chorea gravidarum
G) Andere extrapyramidale Syndrome und Erkrankungen.. Ballismus generalisierte Tic-Krankheit, Hallervorden-Spatz'sche Krankheit, Jakob-Creutzfeldt'sche Krankheit, progressive Pallidumatrophie, auch Flügelschlagtremor bei Lebercirrhose und ähnliche
H) Medikamentös bedingte ectrapyramidale Paroxysmen (Dyskinesien) und Parkinson-Syndrome, insbesondere durch Neuroleptica
I) Organische Tic-Formen
K) Chorea Huntington

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 140 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 60 weiblichen und 80 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Alter von 11-80 Jahren, Männer zwischen dem 21. und 80. Lebensjahr. Bei beiden Geschlechtern war die Altersgruppe 61-70 am stärksten betroffen.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt für Frauen eine geringere Erkrankungstendenz in den Monaten August/September, für die Männer in den Monaten Juni/Juli, so daß auch hier eine Jahresabhängigkeit zu vermuten ist.

Systematische Degeneration des Nervensystems und Myopathien

A) Myatrophe Lateralsklerose, progressive spinale Muskelatrophie spastische Spinalparalyse, degenerative Bulbärparalyse
B) Neurale Muskelatrophie
C) Spino-cerebellare Heredo-Ataxie (Friedreich, Pierre Marie) und andere primäre Kleinhirnatrophien
D) Isolierte Kernatrophien, chronisch progressive Ophthalmoplegie und oculäre Myopathie (Kernaplasien sowie angeborene Muskeldefekte im Hirnnervenbereich)
E) Dystrophia musculorum progressiva
F) Myotone Dystrophie
G) Myotonia congenita (Thomsen), Paramyotonie
H) Systematrophien des Kindesalters (Werdnig-Hoffmann, Oppenheim, auch Förster)

Vornehmlich extrapyramidale Erkrankungen
(Alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - - = VERTRAUENSBEREICH

I) Symptomatische Myopathien (endokrine und andere)
K) Leber'sche Opticusatrophie, Polymyostitis, Dermatomyositis

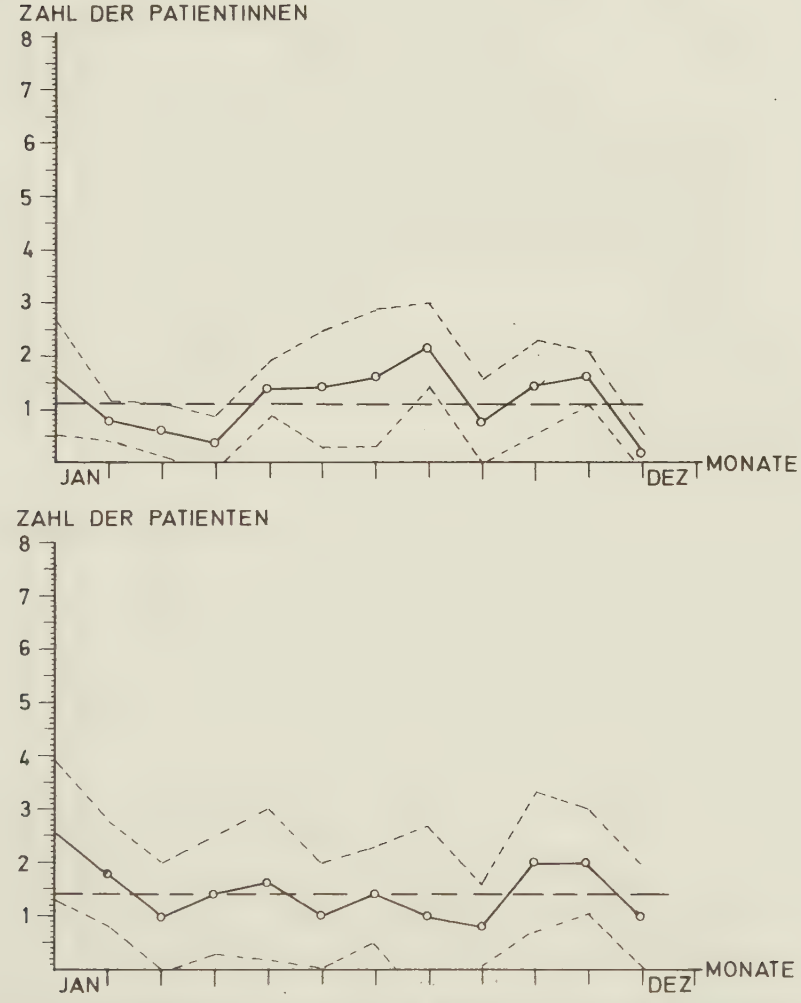
Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 153 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 67 weiblichen und 86 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten zwischen dem 11. und 80. Lebensjahr, Männer zwischen dem 11. und 70. Lebensjahr. Bei beiden Geschlechtern war die Altersgruppe 51-60 am stärksten betroffen.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt für die weiblichen Patienten ein signifikantes Tief in den Monaten Februar bis April und im Dezember, wo mit 90% Wahrscheinlichkeit weniger Frauen aufgenommen werden als im übrigen Jahr und als es dem Fünfjahresmittel entspricht.
Für die männlichen Patienten ist ein uncharakteristischer Kurvenverlauf festzustellen.
Bei dieser Erkrankung ist eine jahresabhängige Rhythmik für das weibliche Geschlecht zu vermuten.

Periphere Lähmungssyndrome bei faßbaren Stoffwechselstörungen

A) Myasthenia gravis pseudoparalytica
B) Paroxysmale Lähmung

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 22 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 14 weiblichen und 8 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Alter von 21-60 Jahren und kamen bevorzugt im 41.-50. Lebensjahr zur Aufnahme. Männer erkrankten im Alter von 11-20 und 31-60, hier lag derErkrankungsgipfel zwischen dem 51.-60. Lebensjahr.
Wegen der geringen Zahl an Patienten und der erheblichen Varianz, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Systematische Degenerationen des Nervensystems und Myopathien (alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - = VERTRAUENSBEREICH

Epilepsien

A) Genuine (ohne nachweisbare Ursache)

B) Symptomatische einschließlich residuale Epilepsien

I Symptomatische (residuale) Epilepsien bei chronischen (Hirn) Prozessen und cerebralen Defektzuständen (nach Meningo-Enzephalitis, Enzephalitis, Aneurisma-Blutung, Hirntrauma, frühkindlichen Hirnschädigungen, bei Hirnmißbildungen und metabolisch-genetischen Schwachsinnsformen und anderen)

II Myoklonusepilepsie (Unverricht-Lundborg) und andere heredodegenerative Formen (Ramsey-Hunt und ähnliche)

III Offenbar symptomatische Epilepsie ohne sicher nachweisbare Ursache

C) Epilepsien mit (hinsichtlich ihres genuinen oder symptomatischen Charakters) unsicherer ätiologischer Zuordnung

D) Ungeklärte, aber wahrscheinlich epileptische Anfallssyndrome (Verdacht auf Epilepsie)

E) Gelegenheitsanfälle (unter anderem Fieber-Zahnkrämpfe in der Kindheit)

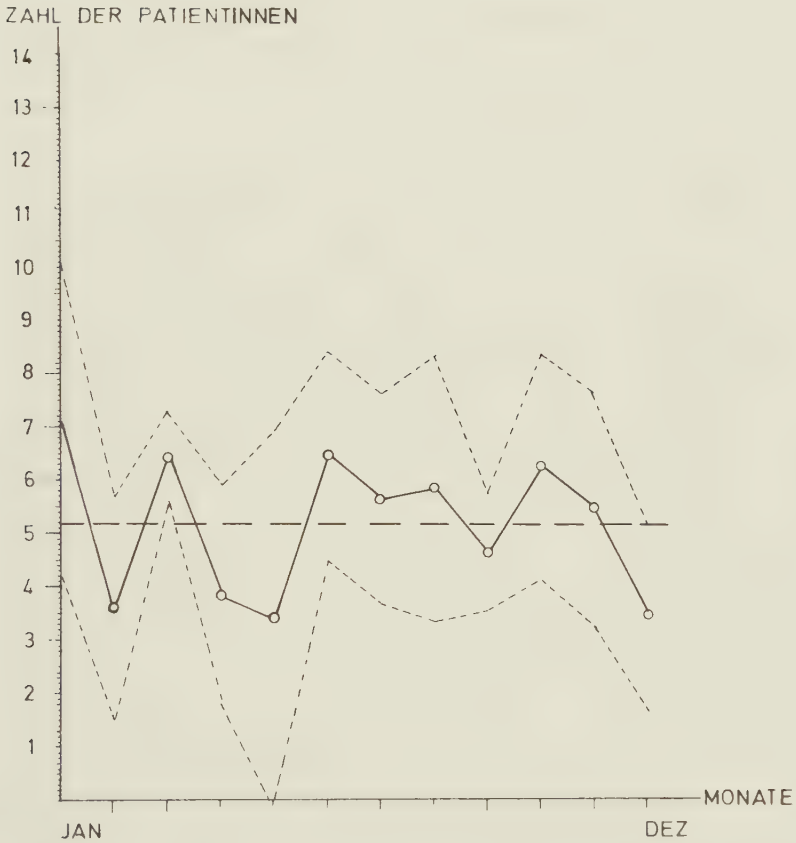
F) EEG mit steilen Entladungen ohne klinisch manifeste Epilepsie

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 770 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 309 weiblichen und 401 männlichen Geschlechtes waren.

Frauen erkrankten im Alter von 1-70, mit einem Maximum im 21.-30. Lebensjahr, Männer erkrankten im Alter von 11-80 Jahren, am häufigsten zwischen dem 21.-40. Lebensjahr.

Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres zeigt in der Sammelkurve von allen Frauen einen uncharakteristischen Verlauf, der auch in den Kurvendarstellungen der einzelnen Altersgruppen wiederholt wird. Bei den männlichen Patienten erkennt man in der Sammelkurve für alle Altersgruppen im April/Mai und November/Dezember die geringsten Patientenzahlen, während in den Einzeldarstellungen diese Betonung nicht so auffällt. Weiterhin deutet sich in der Sammelkurve und in den Kurven der einzelnen Altersgruppen eine gleichmäßige höhere Patientenzahl in den Monaten Juni bis September an. Bei dieser Erkrankung ist eine jahresabhängige Rhythmik für die Männer zu vermuten.

Epilepsien (weiblich - alle Altersgruppen)

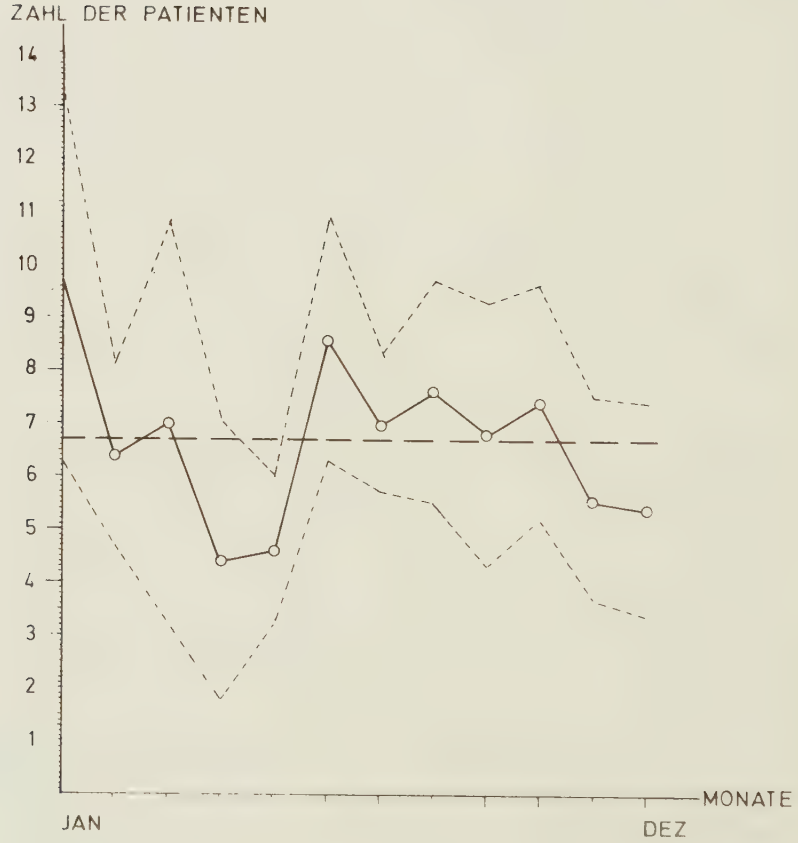


⟶⟵ = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 — 1972

— — — = FÜNFJAHRESMITTEL

= VERTRAUENSBEREICH

Epilepsien (männlich - alle Altersgruppen)

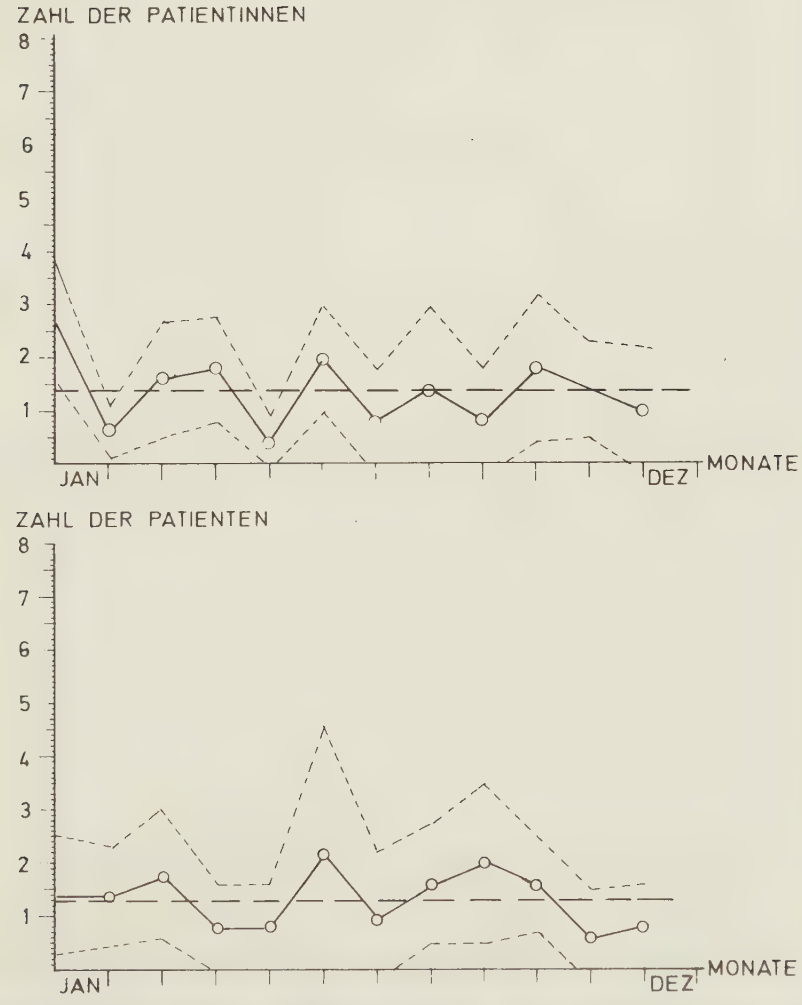


⟷ = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

– – – = FÜNFJAHRESMITTEL

· · · = VERTRAUENSBEREICH

Epilepsien (Altersgruppe 11-20)

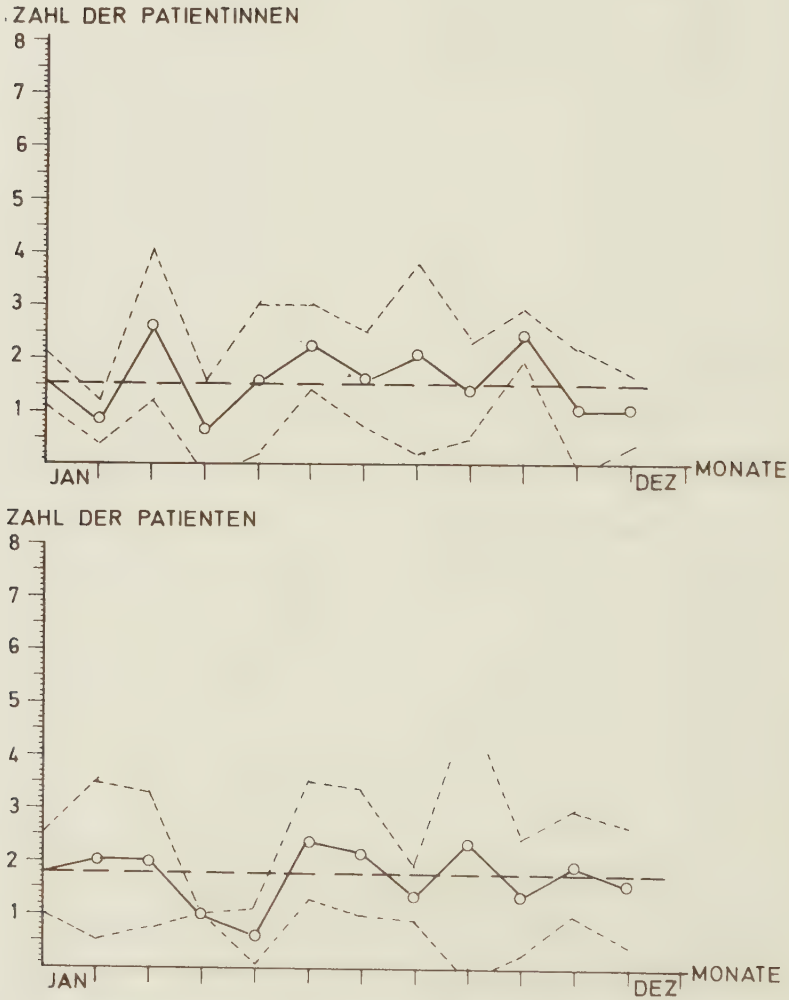


o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

. . . = VERTRAUENSBEREICH

Epilepsien (Altersgruppe 21-30)

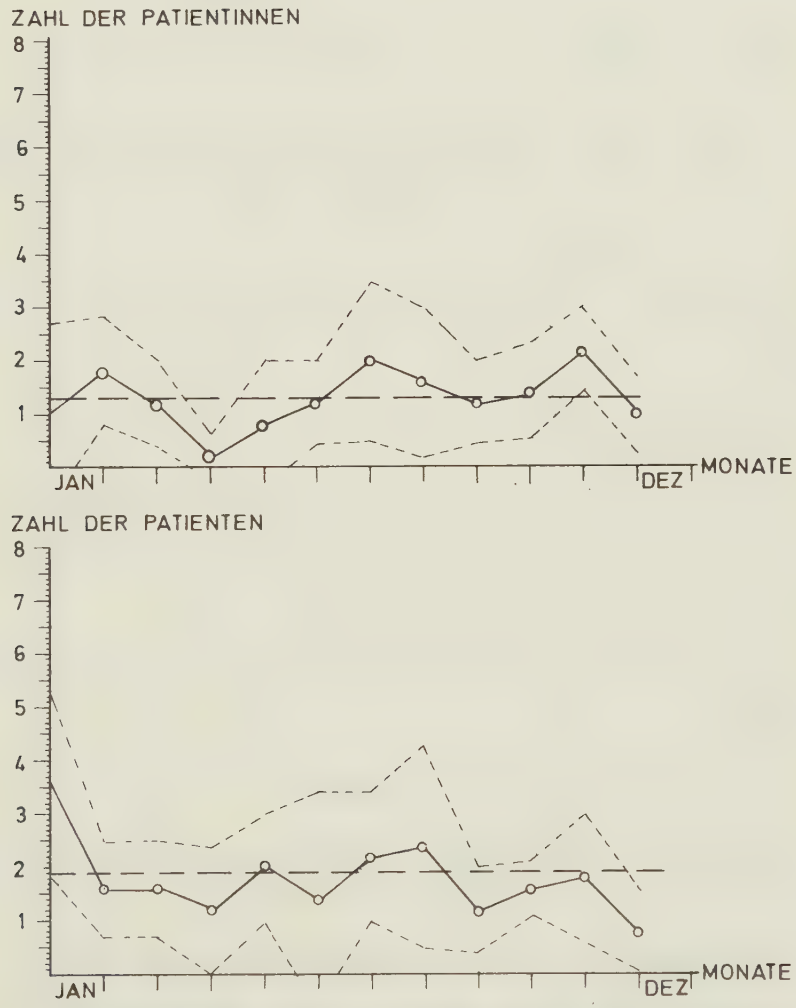


o—o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

..... = VERTRAUENSBEREICH

Epilepsien (Altersgruppe 31 - 40)



Gedeckte Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks sowie deren Folgezustände, Schädelfrakturen und Schädelprellungen

A) Commotio cerebri
B) Contusio cerebri (hier auch traumatisches intracerebrales Hämatom)
C) Schädelprellungen und Schädelfrakturen ohne Hirnbeteiligung
D) Contusio spinalis und andere gedeckte traumatische Mark-Kauda- und Wurzelschäden mit und ohne Wirbelfraktur, hier auch Elektro-Unfälle mit Rückenmarksbeteiligung
E) Commotio spinalis

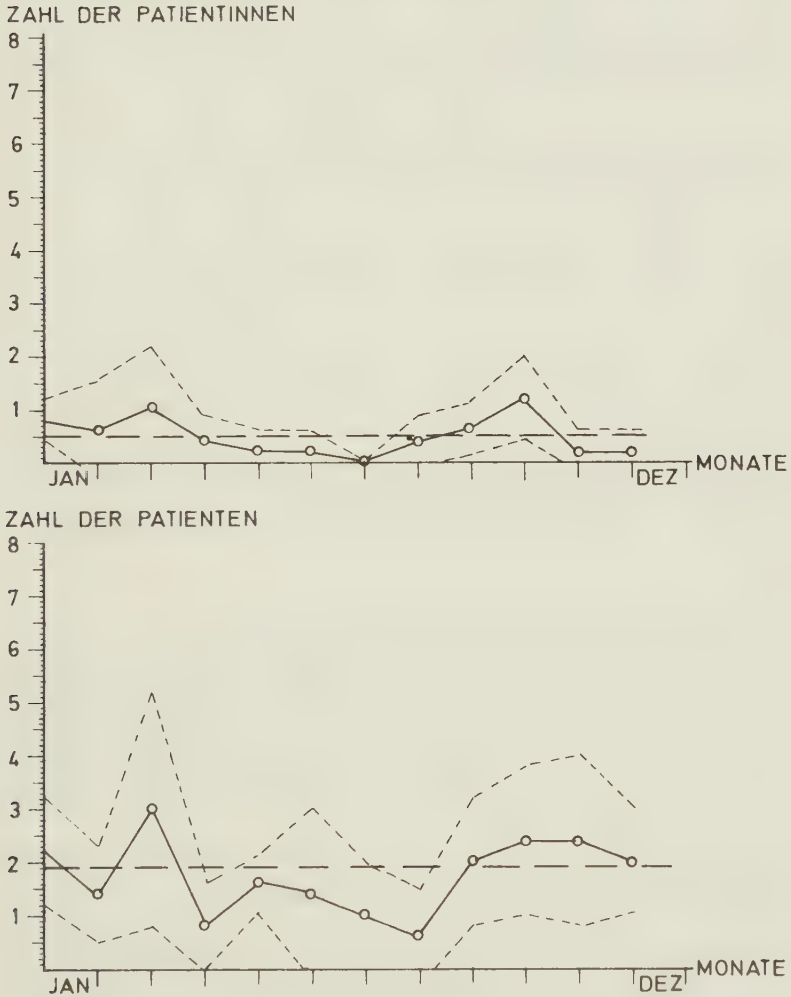
Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 130 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 29 weiblichen und 101 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Alter von 11-70 Jahren, bevorzugt um das 21.-30. Lebensjahr. Männer erkrankten im Alter von 1-70, bevorzugt im 31.-40. Lebensjahr.
Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die zwölf Monate des Jahres lassen bei beiden Geschlechtern einen Rückgang der Erkrankung in den Sommermonaten (April bis August) erkennen. Für diese Erkrankung ist eine jahresabhängige Rhythmik zu vermuten.

Offene Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks sowie deren Folgezustände

A) Hirnverletzungen
B) Rückenmarks- und Kaudaverletzungen (auch Injektionsschäden mit und ohne Arachnitis)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 18 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 2 weiblichen und 16 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Alter von 31-50 Jahren, Männer zwischen 11.-30. und 41.-70. Lebensjahr.
Wegen der geringen Zahl an Patienten, sind keine Rückschlüsse auf bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Gedeckte Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks
(alle Altersgruppen)



o——o = ARITHMETISCHES MITTEL AUS DER ANZAHL DER PATIENTEN VON 1968 – 1972

— — = FÜNFJAHRESMITTEL

- - - - = VERTRAUENSBEREICH

Nicht-entzündliche Schädigungen und Geschwülste peripherer Nerven

A) Traumatische (physikalische, meist mechanische) Schädigungen peripherer Nerven, Hirnnerven und Plexus und andere Druckschäden, Halsrippensyndrome, Abduktor-Opponens-Atrophie, Meralgia parästhetica, Tumorinfiltrationen, Verletzungen, Injektionsschäden, Pancoast-Syndrom und andere
B) Geschwülste, auch M. Recklinghausen und andere Phakomatosen (außer tuberöser Sklerose), Glomustumoren, Neurome, Lipomatosis dolorosa

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 43 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 16 weiblichen und 27 männlichen Geschlechtes waren.
Beide Geschlechter erkrankten im Alter von 11-70 Jahren. Bei den Frauen erkrankten die meisten zwischen dem 31.-40. Lebensjahr, bei den Männern zwischen dem 41.-50.
Wegen der geringen Zahl an Patienten, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Endokrine und vegetative Störungen

A) Umschriebene endokrine Störungen..Dystrophia adiposogenitalis und andere Erkrankungen des Hypophysen-Zwischenhirnsystems (Simmond'sche Kachexie, Sheehan-Syndrom, Diabetes insipidus, Pubertas präcox, auch Cushing-Syndrom (und andere Nebennierenerkrankungen), Thyreotoxikose (auch maligner Exophthalmus), echte Tetanie
B) Pluriglanduläre Störungen.. Magersucht, Fettsucht, Morgagni-Syndrom und Hyperostosis frontailis interna, Klimakterium
C) Konstitutionelle vegetative Labilität, vegetativ-tetanische Überregbarkeit und erworbene vegetative Fehlsteuerung (soweit nicht traumatischer oder toxischer Herkunft)
D) Lokalisierte vegetative Syndrome (isoliertes Horner-Syndrom, Quadrantensyndrome, Kausalgie, Phantomschmerz, Brachialgia parästhetica nocturna, Krampusssyndrom)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 36 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 11 weiblichen und 25 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten im Alter von 11-60, bevorzugt zwischen dem 31.-50. Lebensjahr. Männer von 11-70, bevorzugt im Alter von 21-30 Jahren.
Wegen der geringen Zahl an Patienten, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Periphere Durchblutungsstörungen

A) Thrombangitis obliterans
B) Arteriosklerose
C) Andere, auch ohne faßbare Gefäßleiden

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt drei Patienten zur stationären Aufnahme.
Wegen zu geringer Zahlen entfallen sämtliche Aussagen.

Kopfschmerzen

A) Echte Migräne
B) Habituelle und vasomotorische Kopfschmerzen
C) Prosopalgien unklarer Herkunft
D) Zervikale Migräne
E) Kopfschmerzen bei Hypertonie
F) Ungeklärte und nicht klassifizierbare Formen

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 88 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 52 weiblichen und 36 männlichen Geschlechtes waren.
Beide Geschlechter erkrankten zwischen dem 11.-70. Lebensjahr, wobei der Erkrankungsgipfel im 31.-40. Lebensjahr lag.
Wegen der geringen Zahl an Patienten sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Vestibuläre Syndrome

A) Menière'sches Syndrom
B) Andere vestibuläre Syndrome (zentral und peripher), neuronitis vestibularis

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 18 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 8 weiblichen und 10 männlichen Geschlechtes waren.
Bei den Frauen waren die 21-70jährigen betroffen, wobei die Altersgruppe 51-60 deutlich überwog. Bei den Männern waren die 21-60 jährigen betroffen, wobei die Altersgruppe 31-40 am stärksten beteiligt war.
Wegen der geringen Zahl an Patienten, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Anfallssyndrome außer Epilepsien

A) Narkolepsie
B) Kreislaufkollaps, synkopale und vegetative Anfälle, unklare Anfälle vermutlich nicht epileptischer Genese
C) Adams-Stokes-Anfälle, hypoglykämische Anfälle (und andere Syndrome mit Spontanhypoglykämien, eklamptische Anfälle, tetanische Anfälle)

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 71 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 35 weiblichen und 36 männlichen Geschlechtes waren.
Frauen erkrankten zwischen dem 11.-60. Lebensjahr, Männer zwischen dem 11.-70. Lebensjahr. Frauen verstärkt im Alter von 21-30 und 41-50, Männer bevorzugt im Alter von 41-50 Jahren.

Wegen der geringen Zahl an Patienten und der erheblichen Varianz, sind keine Rückschlüsse auf ein bestimmtes Verteilungsmuster dieser Erkrankung im Jahresablauf zu ziehen.

Akute und chronische toxische Schädigungen durch exogene Gifte (außer Polyneuritiden).. Kohlenoxyd, Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, Blei, Salvarsan, Mangan, Thallium und andere

A) Mit faßbaren neurologischen Ausfällen (auch hirnatrophische Defekte und Anfälle)
B) Vegetative Syndrome und flüchtige Allgemeinerscheinungen einschließlich isolierter Schädigungen der inneren Organe

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt 8 Patienten zur stationären Aufnahme, wovon 4 weiblichen und 4 männlichen Geschlechtes waren.
Wegen der geringen Zahl an Patienten entfallen sämtliche Aussagen.

Lipoid-Speicherkrankheiten mit Beteiligung des Nervensystems und angeborene Entmarkungskrankheiten

A) Neurolipoidosen
   I Cerebroside (M. Gaucher)
   II Sphingomylinose (M. Niemann-Pick)
   III Gangliosidosen (Amaurotische Idiotie, Dysostosis multiplex)
   IV Sulfatidose (metachromatische Leukodystrophie Typ Scholz-Henneberg-Bielschowski)
   V Refsum-Syndrom
B) Angeborene Entmarkungskrankheiten (degenerative diffuse Sklerosen, Leukodystrophien)., Typ Krabbe, Neutralfettyp, Typ van Bogaert und Nyssen, M. Pelizaeus-Merzbacher

Im beobachteten Zeitraum kamen insgesamt zwei Patienten zur stationären Aufnahme, diese waren weiblichen Geschlechtes.
Wegen der geringen Zahlen entfallen sämtliche Aussagen.

Fehlerquellen

Umstände, die die Genauigkeit der Aussage fehlerhaft beeinflussen können, sind erstens, daß keine strenge Korrelation zwischen Aufnahmetag in der Universitäts-Nervenklinik und Ausbruch der Krankheit besteht; zweitens, daß die in einer Diagnose zusammengefaßten Varianten eines Krankheitsbildes sich Umwelteinflüssen gegenüber unterschiedlich oder auch antagonistisch verhalten können; drittens, daß die Umwelteinflüsse selbst zwar vorhanden sind, jedoch in ihrer Konstanz oder Periodizität wechselnd sind.

V. Diskussion

Die statistische Untersuchung über eine jahresabhängige Rhythmik an rein neurologischen Erkrankungen, psychischen Störungen bei anderen Grundkrankheiten und rein psychiatrischen Erkrankungen hat gezeigt, daß es in jeder dieser Gruppe einzelne Krankheitsbilder gibt, bei denen jahreszeitliche Schwankungen auftreten. Allerdings sind diese Schwankungen für jedes Krankheitsbild, Geschlecht und jede Altersgruppe anders, so daß eine generelle Aussage - etwa Frühjahrs-Herbstgipfel - nicht möglich ist.

Im Gegensatz zu anderen Autoren, die das Patientengut insgesamt - ohne Berücksichtigung von Alter und Geschlecht - untersuchten (1), (3), (5), haben wir nach weiblichem und männlichem Geschlecht und nach Altersgruppierungen unterschieden und konnten dabei feststellen, daß ein unterschiedliches Verhalten gegeben war: bei den nicht sicher klassifizierbaren Psychosen der Rückbildungsjahre, dem schizophrenen Formenkreis, dem manisch-depressiven Formenkreis,; den raumfordernden Prozessen im Bereich des Spinalkanals und bei den vornehmlich extrapyramidalen Erkrankungen, wo eher ein gegensätzliches Verhalten der beiden Geschlechter zu erkennen war. Einzig bei den neuritischen und neuralgischen Syndromen und bei den gedeckten Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks war ein gleichsinniges Verhalten der Geschlechter festzustellen.

Die Aufschlüsselung in männliches und weibliches Geschlecht hat sich damit als durchaus sinnvoll und notwendig erwiesen.

Weiterhin hat die Untersuchung gezeigt, daß sich innerhalb einer Krankheitsgruppe und eines Geschlechts die Altersgruppen gegensätzlich verhalten können. So finden sich bei den weiblichen Patienten, die an Schizophrenie erkrankten, in der Altersgruppe 21-30 in den Monaten April/Mai die niedrigsten Patientenzahlen, während die Patientinnen der Dekade 31-40 gerade in diesen Monaten am stärksten vertreten sind.

Ähnliches gilt für die Diagnosen von psychopathischen Persönlichkeiten, abnormen Erlebnisreaktionen und Entwicklungen, sowie Gefäßprozessen des Nervensystems.

Eine Aufgliederung in einzelne Altersgruppen erscheint darum zweckmäßig.

Untersuchungen über eine jahresabhängige Rhythmik bei neurologischen Erkrankungen existieren bisher noch nicht. Wir fanden bei unserem Patientengut für die infektiösen Erkrankungen des ZNS sowie deren Folgezustände (s.S. 60ff) bei den männlichen Patienten in der 2. Jahreshälfte eine größere Erkrankungswahrscheinlichkeit als in der ersten Jahreshälfte. Für Encephalitiden, Encephalomyelitiden vom Typ der Entmarkungskrankheiten (s.S. 62ff) zeichnet sich bei den männlichen Patienten eine Bevorzugung der ersten Jahreshälfte ab. Bei den neuritischen und neuralgischen Syndromen (s.S. 67 f) ist in den Monaten Oktober bis Dezember für beide Geschlechter eine geringere Erkrankungsbereitschaft zu erwarten. Bei den Polyneuropathien (s.S. 68 f) findet sich für die männlichen Patienten in den Monaten Januar bis April eine größere Erkrankungshäufigkeit als im übrigen Jahr, während sie bei den Frauen die Monate November, Dezember, Januar betrifft.

Bei den Erkrankungen, die durch Gefäßprozesse des Nervensystems bedingt sind (s.S. 71 ff), läßt sich weder für Frauen noch für Männer eine eindeutige Bevorzugung eines Jahresabschnittes erkennen, jedoch sind hier ausgesprochen wellenförmige Verläufe im Jahresablauf auffällig. Bei den Erkrankungen an raumfordernden Prozessen des Gehirns und seiner Hüllen (s.S. 78 ff) deutet sich für die weiblichen Patienten eine geringere Erkrankungstendenz in den Monaten Februar bis April und im August an, während für die raumfordernden Prozesse im Bereich des Spinalkanals (s.S.83 ff) bei den weiblichen Patienten in den Monaten Februar bis März und bei den männlichen Patienten in den Monaten August bis Dezember

niedrigere Patientenzahlen zu finden sind. Bei den vornehmlich extrapyramidalen Erkrankungen (s.S. 85 ff) liegt für die männlichen Patienten das Erkrankungsminimum im Juni/Juli, für die weiblichen Patienten im August/September. Die systemischen Degenerationen des Nervensystems und Myopathien (s.S. 87 ff) zeigen für Frauen die geringste Erkrankungswahrscheinlichkeit im Monat April und im Dezember. Bei den Epilepsien (s.S. 90 ff) zeichnet sich nur für die männlichen Patienten eine unterschiedlich hohe Erkrankungsbereitschaft ab und zwar ist sie höher in den Monaten Juni bis September. Die gedeckten Verletzungen des Gehirns und Rückenmarks sowie deren Folgezustände (s.S. 96 ff) läßt für beide Geschlechter eine geringere Erkrankungshäufigkeit in den Monaten April bis August erkennen.

Bei den Erkrankungen der nicht sicher klassifizierbaren Psychosen der Rückbildungsjahre (s.S. 17 ff) zeigt sich für Frauen eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit in der zweiten Jahreshälfte, mit deutlicher Bevorzugung der Monate November/Dezember, während für die männlichen Patienten im September die niedrigste Erkrankungswahrscheinlichkeit liegt.

Bei den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (s.S. 28 ff) läßt sich für die männlichen Patienten - besonders die der Altersgruppe 21-30 - eine höhere Erkrankungstendenz in den Monaten April bis Juni erkennen. Dieses Ergebnis bestätigt zumindest mit dem Frühjahrsgipfel die Ergebnisse von Kirov (3) (S. 729), der feststelllte: "Eine wichtige Charakteristik zykloider Psychosen ist auch ihre jahreszeitliche Häufung. Abbildung 5 läßt je ein Maximum im Frühjahr und Herbst und einen Tiefstand im Sommer hinsichtlich des Phasenbeginns erkennen." Allerdings stellt er auch fest, daß (S. 731) "die zykloiden Psychosen nach Verlauf und Symptomatik von den eigentlichen Kernschizophrenien ganz verschieden und davon streng abzugrenzen sind."

Für die weiblichen Patienten dieser Erkrankungsgruppe läßt sich für die Altersgruppe 21-30 im April und Mai die niedrigste Erkrankungszahl und für die Altersgruppe 31-40 gerade hier die höchste Erkrankungstendenz erkennen.

Bei den Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises (s.S. 34 ff) ist bei den weiblichen Patienten die höhere Patientenzahl in der Mitte des Jahres (Mai/Juni) und die niedrigste im November festzustellen, während für die männlichen Patienten eine besonders hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit im Monat Oktober liegt. Eine Zunahme dieser Erkrankung jenseits des 60. Lebensjahres war in unserem Krankengut nicht nachweisbar.
Das steht im Widerspruch zu dem, was Luka (S. 167) feststellt: "Uns scheint es außerordentlich wichtig, daß eindeutig ein qualitativer Wendepunkt von 60 Jahren an besteht, in dem Sinne, daß sich ein vermehrtes Auftreten von Krankheitsepisoden zeigt." Bei uns lag der Erkrankungsgipfel bei Männern zwischen dem 51.-60. Lebensjahr und zeigt einen deutlichen Rückgang ab dem 61. Lebensjahr. Ähnlich bei den weiblichen Patienten, deren Erkrankungsgipfel im 41.-50. Lebensjahr liegt und von da ab deutlich weniger in stationäre Behandlung kommen.
Untersuchungen von Faust und Ladewig (S. 157) kommen zu folgendem Ergebnis: "Bei der jahreszeitlichen Häufung metereologisch bedingter Beschwerden sprechen beide Gruppen mit ihrem Frühjahrs und Herbstgipfel auf die unruhigste Zeit an. Die jahreszeitlich aufgeteilte Eintrittsfrequenz" (in die Klinik) "bestätigt ihre subjektiven Angaben." In dem von uns untersuchten Patientenkollektiv ist jedoch keine eindeutige Korrelation zwischen metereologisch unruhigen und ruhigen Zeiten zu verzeichnen. Immerhin jedoch ist der Gipfel im Oktober für männliche Patienten auffällig genug.

Weibliche psychopathische Persönlichkeiten (s.S. 42 ff) der Altersgruppe 31-40 kommen im Monat September seltener zu stationären Aufnahme, während die der Altersgruppe 41-50 gerade in die-

sem Monat am stärksten vertreten sind. Für die männlichen Patienten unter dieser Diagnose zeichnet sich eine geringere Erkrankungszahl im Frühjahr und Herbst ab.

Die übrigen psychischen Erkrankungen, wie abnorme Triebveranlagungen, abnorme Erlebnisreaktionen und psychosomatische Störungen, lassen keinen Schluß auf jahreszeitliche Bevorzugungen zu, insbesondere auch nicht die Neurosen, die mit ausreichend hohen Patientenzahlen vertreten waren.

VI. Zusammenfassung

Die statistische Untersuchung über eine jahresabhängige Rhythmik mit insgesamt 7514 Fällen hat gezeigt, daß sowohl neurologische als auch psychiatrische Krankheitsbilder jahreszeitliche Schwankungen aufweisen. Hervorzuheben ist dabei, daß Männer und Frauen innerhalb einer Erkrankung unterschiedliche jahreszeitliche Verläufe zeigen und weiterhin, daß auch die Altersgruppen eines Geschlechtes innerhalb einer Erkrankung durchaus eigene jahreszeitliche Muster bieten können.

VII. Literaturverzeichnis

1. Faust V. u. D. Ladewig — Wettereinfluß auf drogenabhängige und depressive Patienten
Confin. psychat. 15: 149-161 (1972)

2. Fischer, A. Ross. — Statistische Methoden für die Wissenschaft
Oliver and Boyd Edinbourgh 1956

3. Kirov, Kyrill — Untersuchungen über den Verlauf zykloider Psychosen
Psychat. neurol. med. psychol. Leipzig 24 (1972) Dezember 12. 733-740

4. Klinker u. H. Zenker — Der Einfluß von Jahreszeit und Wetter auf den menschlichen Organismus
Zeitschrift für Physiotherapie, Heft 2/1972

5. Luka, L. — Über den Krankheitsverlauf manisch-depressiver Psychosen an Hand langfristiger Katamnesen.
Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychatrie. Band 107 (1970) Heft 1 S. 155-169

6. Sachs, Lothar — Statistische Methoden ein Sofort-helfer
Springer Verlag 1970

7. Weitbrecht, H.J. — Psychatrie im Grundriß
Springer Verlag 2. Auflage 1967

Herrn Professor Dr. med. E. Lungershausen möchte ich an dieser Stelle für die Überlassung des Themas und besonders herzlich für seinen stetigen Rat und seine Aufgeschlossenheit in allen Fragen danken.

L e b e n s l a u f

Am 3.7.1944 wurde ich, Ulrike Werner, als Tochter des Dr. med. Josef Werner und seiner Frau Ingeborg, geb. Hiebel, in Bad Elster geboren.

Ich besuchte ab 1951 die Volksschule in Solingen-Ohligs und ab 1955 das Städtische Mädchengymnasium in Leverkusen, wo ich im Februar 1965 das Abitur ablegte.

Im Wintersemester 1965 schrieb ich mich in der Universität Tübingen in der Naturwissenschaftlichen Fakultät ein, wechselte Anfang 1966 an die Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn, wo ich im Wintersemester 1966 mit dem Medizinstudium begann und 1967 das Vorphysikum, 1969 das Physikum und im Juli 1972 das Staatsexamen ablegte.

Im November 1973 wurde mir die Approbation erteilt, seitdem befinde ich mich in der internistischen Fachausbildung.